



Załącznik 1 Formularz danych uczestnika projektu

DOSKONAŁOŚĆ DYDAKTYCZNA W URAD.**FORMULARZ DANYCH****pracownika Uniwersytetu Radomskiego im. Kazimierza Pułaskiego (URad.)**

I. Dane podstawowe Uczestnika		
Imię		
Nazwisko		
Obywatelstwo	☐ Obywatelstwo polskie ☐ Brak polskiego obywatelstwa - obywatel kraju UE ☐ Brak polskiego obywatelstwa lub UE - obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec	
PESEL	☐ Tak, nr PESEL ☐ Brak nr PESEL - należy podać inny identyfikator: ☐ Nr paszportu:, wiek w chwili przystąpienia do proj.:	
Płeć	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna	
Wykształcenie	☐ Wyższe (ISED 5) studia licencjackie/inżynierskie/zawodowe ☐ Wyższe (ISED 6) studia magisterskie ☐ Wyższe (ISCED 7) studia podyplomowe/specjalistyczne ☐ Wyższe (ISED 8) studia doktoranckie/badawcze	
II. Dane kontaktowe		
Kraj	Województwo	Powiat
Gmina	Miejscowość	Kod pocztowy
Telefon kontaktowy	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
+48-.....-.....		
III. Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu		
Status na rynku pracy	Osoba pracująca (w chwili przystąpienia do projektu): ☐ Tak ☐ Nie	
Osoba obcego pochodzenia ¹	☐ Tak ☐ Nie	
Osoba Państwa trzeciego ²	☐ Tak ☐ Nie	

¹ Osoba obcego pochodzenia to cudzoziemiec - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów² Osoba, która jest obywatelem kraju spoza UE/ bezpaństwowcem zgodnie z Konwencją o statusie bezpaństwowców z 1954 r./bez ustalonego obywatelstwa.



Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ Tak	☐ Nie	
Osoba z niepełnosprawnościami	☐ Tak	☐ Nie	☐ Odmowa podania informacji
IV. Oświadczenie			
Oświadczam, że z chwilą przystąpienia do projektu jestem pracownikiem URad.	☐ Tak	☐ Nie	
zatrudnionym w grupie pracowników:	☐ Dydaktycznych ☐ Badawczo-dydaktycznych ☐ Innej, jakiej:		
na Wydziale/w Jednostce (pełna nazwa):			
prowadzę zajęcia dydaktyczne:	☐ Tak	☐ Nie	
V. Specjalne potrzeby			
Czy potrzebuje Pan/Pani usług dostępnościowych?	☐ Tak	☐ Nie	
Jeśli tak, proszę wskazać jakie i opisać potrzeby:			
☐ dostosowanie miejsca realizacji wsparcia w związku z niepełnosprawnością ruchową			
☐ dostosowanie sposobu opracowania materiałów szkoleniowych, np. w związku z niepełnosprawnością wzroku czy dysleksją			
☐ konieczność zapewnienia transportu na miejsce szkolenia, np. w związku z niepełnosprawnością ruchową			
☐ zapewnienie tłumacza języka migowego			
☐ zapewnienie pętli indukcyjnej			
☐ Inne			
VI. Udział w projekcie (wypełnia Biuro Projektu)			
Data rozpoczęcia udziału w projekcie	Data zakończenia udziału w projekcie		
.....			

Data

Czytelny podpis Uczestnika Projektu