

Załącznik nr4
do Regulaminu wsparcia w Projekcie
“Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych w PWSZ Gniezno
z wykorzystaniem Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej”

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY UCZESTNIKA PROJEKTU

SUDENT/STUDENTKA

DANE UCZESTNIKA				
Kraj				
Imię		Nazwisko		
Pesel	Brak Pesel ☐ Tak	Płeć	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna	
Wiek w chwili przystąpienia do projektu:				
Wykształcenie:				
☐ Niższe niż podstawowe (ISCED 0)	☐ Podstawowe (ISCED 1)	☐ Gimnazjalne (ISCED 2)		
☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3)	☐ Policealne (ISCED 4)	☐ Wyższe (ISCED 5-8)		
DANE KONTAKTOWE				
Województwo	Powiat	Gmina		
Miejscowość	Ulica	Nr budynku	Nr lokalu	
Kod pocztowy	Nr telefonu	Email		
SZCZEGÓŁY WSPARCIA				
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:		☐ Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy ☐ Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy ☐ Osoba bierna zawodowo ¹ ☐ Osoba pracująca		
		¹To osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Za biernych zawodowo uznaje się m.in. studentów studiów stacjonarnych.		

**“Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych w PWSZ w Gniezno z wykorzystaniem
Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej”**

Projekt realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Oś V. Wsparcie dla obszaru zdrowia. Numer i nazwa działania: 5.3

Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych.

Wykonywany zawód (wypełnić w przypadku zaznaczenia pozycji - osoba pracująca)	☐ Inne ☐ Osoba pracująca w administracji rządowej ☐ Osoba pracująca w administracji samorządowej ☐ Osoba pracująca w MMŚP ☐ Osoba pracująca w organizacji pozarządowej ☐ Osoba prowadząca działalność na własny rachunek ☐ Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
Wykonywany zawód	☐ Inny ☐ Instruktor praktycznej nauki zawodu ☐ Nauczyciel kształcenia ogólnego ☐ Nauczyciel wychowania przedszkolnego ☐ Nauczyciel kształcenia zawodowego ☐ Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia ☐ Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej ☐ Pracownik instytucji rynku pracy ☐ Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego ☐ Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej ☐ Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej ☐ Pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej ☐ Rolnik
Zatrudniony w (nazwa zakładu pracy, adres)	
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	☐ Nie
	☐ Odmowa podania informacji
	☐ Tak
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ Nie
	☐ Tak
Osoba z niepełnosprawnościami	☐ Nie
	☐ Odmowa podania informacji
	☐ Tak
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)	☐ Nie
	☐ Odmowa podania informacji
	☐ Tak

“Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych w PWSZ w Gnieźnie z wykorzystaniem Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej”

Projekt realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Oś V. Wsparcie dla obszaru zdrowia. Numer i nazwa działania: 5.3

Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych.

Oświadczam, że

1. Zostałem/am poinformowany/a, iż projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój;
2. Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń i jednocześnie potwierdzam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą,
3. Oświadczam, że zostałem/am zapoznany/a z obowiązkiem informacyjnym realizowanym w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679).

.....

Czytelny podpis uczestnika

Wypełnia pracownik Biura Projektu

Data wpływu kwestionariusza

“Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych w PWSZ w Gnieźnie z wykorzystaniem Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej”

Projekt realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Oś V. Wsparcie dla obszaru zdrowia. Numer i nazwa działania: 5.3

Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych.

Lp.	KRYTERIA DOBORU UCZESTNIKA		ODPOWIEDŹ (proszę wstawić X pod właściwą odpowiedzią)	Punktacja
Proszę o zaznaczenie informacji dotyczących Pana/Pani sytuacji w momencie rozpoczęcia udziału w projekcie:				
1.	Orzeczenie o niepełnosprawności	Tak		2pkt.
		Nie		1pkt.
2.	Udział w kołach naukowych lub publikacje naukowe	Tak		2pkt.
		Nie		1pkt.
3.	Średnia ważona z ocen uzyskanych w semestrze przed rekrutacją	Student I roku		3pkt.
		Średnia powyżej 4,5		3pkt.
		Średnia powyżej 4,0 poniżej lub równa 4,5		2pkt.
		Średnia poniżej lub równa 4,0		1pkt.
Razem				
Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. (data i czytelny podpis Uczestnika Projektu)				
KOŃCOWA OCENA FORMALNA (wypełnia pracownik Biura Projektu)				
☐ uczestnik zakwalifikowany do udziału w projekcie ☐ uczestnik niezakwalifikowany do udziału w projekcie				
..... Data Czytelny podpis oceniającego				