**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane dotyczące projektu** | **Projekt pozakonkursowy Narodowej Agencji Wymiany Akademickiej pn. „Międzynarodowa wymiana stypendialna doktorantów i kadry akademickiej”, nr projektu POWR.03.03.00-IP.08-00-P13/18, realizowany w ramach Działania: 3.3 Umiędzynarodowienie polskiego szkolnictwa wyższego, PO WER** |
| **Numer umowy o finansowanie** | **PPI/PRO/2019/1/000……/U/001** |
| **Nazwa Beneficjenta NAWA (Uczelni/instytutu)** |  |

**DANE BENEFICJENTA (UCZELNI/INSTYTUTU)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kraj** | **Brak NIP** | | **NIP** | |
|  | * Tak | |  | |
| **Typ instytucji** | | | | |
| * instytut naukowo – badawczy * uczelnia lub jednostka organizacyjna uczelni * inne | | | | |
| **Województwo** | | **Powiat** | | **Gmina** |
|  | |  | |  |
| **Miejscowość** | | **Ulica** | | |
|  | |  | | |
| **Nr budynku** | | **Nr lokalu** | | **Kod pocztowy** |
|  | |  | |  |
| **Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)** | | **Telefon kontaktowy** | | **Adres e-mail** |
| *WYPEŁNIANY AUTOMATYCZNIE* | |  | |  |

**DANE UCZESTNIKA PROJEKTU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kraj** | **Rodzaj uczestnika** | **Nazwa instytucji** | |
|  | * Pracownik instytucji * Doktorant, przedstawiciel instytucji/podmiotu |  | |
| **Imię** | **Nazwisko** | **PESEL** | |
|  |  |  | |
| **Brak PESEL** | * TAK | | |
| **Płeć** | **Wiek w chwili przystąpienia do projektu** | **Wykształcenie** | |
| * kobieta * mężczyzna |  | * policealne (ISCED 4) * ponadgimnazjalne (ISCED 3) * wyższe (ISCED 5–8) | |
| **Województwo** | **Powiat** | | **Gmina** |
|  |  | |  |
| **Miejscowość** | **Ulica** | | |
|  |  | | |
| **Nr budynku** | **Nr lokalu** | | **Kod pocztowy** |
|  |  | |  |
| **Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)** | **Telefon kontaktowy** | | **Adres e-mail** |
| *WYPEŁNIANY AUTOMATYCZNIE* |  | |  |

**STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Status uczestnika projektu** | * doktorant **krajowy** (odbywający kształcenie u Wnioskodawcy) * doktorant **zagraniczny** (przyjeżdżający do Wnioskodawcy w ramach wymiany) * przedstawiciel **krajowej** kadry akademickiej (osoba będąca nauczycielem akademickim lub pracownik Wnioskodawcy prowadzący kształcenie doktorantów) * przedstawiciel **zagranicznej** kadry akademickiej (osoba będąca nauczycielem akademickim) |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** | * Osoba pracująca, w tym w: * administracji rządowej * administracji samorządowej * inne * MMŚP * organizacji pozarządowej * działalność na własny rachunek * dużym przedsiębiorstwie * Osoba bierna zawodowo – osoba kształcąca się |
| **Wykonywany zawód (dotyczy tylko „osób pracujących”) \*:** | * 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:** |  |
| **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 * Odmowa podania informacji * Tak |
| **Osoba z niepełnosprawnościami** | * Nie * Odmowa podania informacji * Tak |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej** | * Nie * Odmowa podania informacji * Tak |

**Załączniki do formularza zgłoszeniowego:**

1. **Oświadczenie uczestnika projektu POWER**
2. **Oświadczenie i dobrowolna zgoda na przetwarzanie danych osobowych przez NAWA**

|  |  |
| --- | --- |
| …..………………………………………………..……..……  MIEJSCOWOŚĆ I DATA | …………………………………………………………………………..……  CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU |
| …..……………………………………………………….……  MIEJSCOWOŚĆ I DATA | ………………………………………………………………………..……..  CZYTELNY PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ  FORMULARZ PO STRONIE UCZELNI/INSTYTUTU |

\*co do zasady w przypadku uczestnika będącego przedstawicielem **kadry akademickiej** wykonywany zawód to **pracownik instytucji szkolnictwa wyższego**, w przypadkach doktorantów wykonywany zawód nie musi być związany z praca na uczelni, tj. np.: pracownik instytucji system ochrony zdrowia, instruktor praktycznej nauki zawodu, pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej, nauczyciel wychowania przedszkolnego, pracownik instytucji rynku pracy, rolnik, itd.