***Załącznik nr 2*** *Formularz danych osobowych uczestnika   
do wprowadzania do systemu teleinformatycznego Agencji   
w zakresie monitorowania uczestników projektu*

# FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA

**do wprowadzania do systemu teleinformatycznego Agencji w zakresie monitorowania uczestników projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane dotyczące projektu pozakonkursowego NAWA** | Projekt pt. „Wsparcie zdolności instytucjonalnej polskich uczelni poprzez tworzenie  i realizację międzynarodowych programów studiów” (nr POWR.03.03.00-00-PN16/18), realizowany w ramach Działania: 3.3 Umiędzynarodowienie polskiego szkolnictwa wyższego, Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój |
| **Nazwa Programu NAWA** | STER-Umiędzynarodowienie Szkół Doktorskich |
| **Numer Umowy  lub numer Projektu** | BPI/STE/2021/1/00015/U/00001 |
| **Nazwa Beneficjenta** | Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej  w Krakowie |
| **Tytuł Projektu** | „Internationalization for Training and Research Excellence” |

**Dane Beneficjenta** *(wypełnia Beneficjent)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kraj | Nazwa instytucji | | NIP | | Typ instytucji | | |
| **Polska** | Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej  w Krakowie | | *Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:*  ❒ brak NIP  X nr NIP – proszę wpisać NIP poniżej:  675-02-00-195 | | *Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:*  X uczelnia  ❒ Polska Akademia Nauk  ❒ instytut naukowy Polskiej Akademii Nauk  ❒ instytut badawczy w rozumieniu  ❒ międzynarodowy instytut naukowy  ❒ instytuty działające w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz  ❒ federacja podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki  ❒ inne | | |
| Województwo | Powiat | | | Gmina | | | Miejscowość |
| **Małopolskie** | **M. Kraków** | | | **M. Kraków** | | | **M. Kraków** |
| Ulica | Nr budynku | | | Nr lokalu | | | Kod pocztowy |
| **Podchorążych** | **2** | | |  | | | **32-084** |
| Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) | | Telefon kontaktowy | | | | Adres e-mail | |
| *Pole należy zostawić puste. Dane te uzupełnią się automatycznie na dalszym etapie przetwarzania danych uczestników projektu w systemie SL2014* | | **12662 6014** | | | | **info@up.krakow.pl** | |

**Dane Uczestnika Projektu** *(wypełnia Uczestnik)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kraj | | Rodzaj Uczestnika | | Nazwa instytucji, którą reprezentuje Uczestnik | |
|  | | *Proszę zaznaczyć jedną z poniższych odpowiedzi:*  ❒ student zagraniczny  ❒ doktorant zagraniczny  ❒ student krajowy  ❒ doktorant krajowy  ❒ kadra dydaktyczna / akademicka  ❒ kadra administracyjna | |  | |
| Imię | | Nazwisko | | PESEL | |
|  | |  | | *Proszę zaznaczyć jedną z poniższych odpowiedzi:*  ❒ nie posiadam  ❒ posiadam - *proszę wpisać PESEL:*   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| Płeć | | Wiek | | Wykształcenie | |
| *Proszę zaznaczyć jedną z poniższych odpowiedzi:*  ❒ kobieta  ❒ mężczyzna | | *Proszę wpisać wiek w chwili przystąpienia do Projektu:* | | *Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:*  ❒ niższe niż podstawowe (ISCED 0)  ❒ podstawowe (ISCED 1)  ❒ gimnazjalne (ISCED 2)  ❒ ponadgimnazjalne (ISCED 3)  ❒ policealne (ISCED 4)  ❒ wyższe (ISCED 5-8) | |
| Województwo | Powiat | | Gmina | | Miejscowość |
| *W przypadku uczestników z zagranicy pole może pozostać niewypełnione* | *W przypadku uczestników z zagranicy pole może pozostać niewypełnione* | | *W przypadku uczestników z zagranicy pole może pozostać niewypełnione* | |  |
| Ulica | Nr budynku | | Nr lokalu | | Kod pocztowy |
|  |  | |  | |  |
| Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) | | Telefon kontaktowy | | Adres e-mail | |
| *Pole należy zostawić puste. Dane te uzupełnią się automatycznie na dalszym etapie przetwarzania danych uczestników projektu w systemie SL2014* | |  | |  | |

**Status uczestnika w chwili przystąpienia do Projektu** (wypełnia Beneficjent w porozumieniu z Uczestnikiem Projektu)

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej  lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | *Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:*  ❒ Nie - nie należę do tej grupy  ❒ Odmawiam podania informacji  ❒ Tak – należę do tej grupy |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem  z dostępu do mieszkań | *Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:*  ❒ Nie - nie należę do tej grupy  ❒ Odmawiam podania informacji  ❒ Tak – należę do tej grupy |
| Osoba z niepełnosprawnościami | *Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:*  ❒ Nie - nie należę do tej grupy  ❒ Odmawiam podania informacji  ❒ Tak – należę do tej grupy |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | *Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:*  ❒ Nie - nie należę do tej grupy  ❒ Odmawiam podania informacji  ❒ Tak – należę do tej grupy |

Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu *(wypełnia Beneficjent w porozumieniu   
z Uczestnikiem Projektu)*

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba bierna zawodowo, w tym: | * inne |
| Osoba pracująca, w tym: | *Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:*   * w administracji rządowej * w administracji samorządowej * w MMŚP * w dużym przedsiębiorstwie * w organizacji pozarządowej * prowadząca działalność na własny rachunek * inne |
| Wykonywany zawód: | *Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:*   * 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 * inny |
| Miejsce zatrudnienia: |  |

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