**Załącznik nr 2 – Oświadczenie uczestnika projektu dotyczące jego danych osobowych**

**Oświadczenie Uczestnika**

w ramach projektu „UNIWERSYTET JUTRA

– zintegrowany program rozwoju Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu”

nr POWR.03.05.00-00-Z303/17

**Proszę wypełniać drukowanymi literami**

1. Ja, niżej podpisany/a

…………………………….…………………………………………………….………………………………………..……….. (*imię i nazwisko*) zgłaszam swoje uczestnictwo w stażu u wskazanego poniżej Podmiotu przyjmującego na staż.

1. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Staży i spełniam określone w nim kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w Projekcie.
2. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską   
   w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

**I. STAŻYSTA - DANE UCZESTNIKA I**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię: |  |
| Nazwisko: |  |
| Pesel: |  |
| Płeć: | KOBIETA / MĘŻCZYZNA\* |
| Kraj: |  |

\*niepotrzebne skreślić

**II. STAŻYSTA – UAM W POZNANIU**

|  |  |
| --- | --- |
| Wydział: | Wydział |
| Kierunek: |  |
| Specjalność: |  |
| Rok i tryb studiów: |  |

**II. STAŻYSTA - DANE UCZESTNIKA II**

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj uczestnika: | Indywidualny |
| Obywatelstwo: |  |
| Wykształcenie (ukończone w chwili przystąpienia do projektu): | gimnazjalne / ponadgimnazjalne / policealne / wyższe \* |

\* niepotrzebne skreślić

**III. STAŻYSTA – ADRES ZAMIESZKANIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Gmina: |  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica: |  |
| Nr budynku: |  |
| Nr lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Telefon kontaktowy: |  |
| Adres e-mail: |  |

**IV. SZCZEGÓŁY WSPARCIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie: |  |
| Data zakończenia udziału w projekcie: |  |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: | osoba ucząca się |
| 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: | tak / nie \* |
| Osoba z niepełnosprawnościami: | nie / odmowa podania informacji / tak \* |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej): | nie / odmowa podania informacji / tak \* |

\* niepotrzebne skreślić

**V. Podmiot przyjmujący na staż**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Podmiotu przyjmującego na staż: |  |
| Adres: |  |
| Strona internetowa: |  |

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje np. Urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np.. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

………………..…………………………….….……………………. *Data i podpis Stażysty*