



**Załącznik nr 2**

do UMOWY uczestnictwa w projekcie nr POWR.03.05.00-00-Z310/17  
pn. „Program Rozwojowy Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie” (Zadanie 17.)

## **KWESTIONARIUSZ OSOBOWY**

**UWAGA!**

*Poniższe dane są niezbędne do monitorowania uczestników projektu w centralnym systemie teleinformatycznym (SL2014).*

### **I. DANE UCZESTNIKA PROJEKTU**

Imię: ..... Nazwisko: .....

PESEL: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Data i miejsce urodzenia: .....

Płeć: ..... Wiek w chwili przystąpienia do projektu: .....

### **ADRES ZAMIESZKANIA**

Kraj: ..... Województwo: ..... Powiat: .....

Gmina: ..... Miejscowość: ..... Ulica: .....

Nr budynku/nr lokalu: ..... Kod pocztowy: ..... Poczta: .....

Telefon kontaktowy: ..... Adres e-mail: .....

### **WYKSZTAŁCENIE**

.....

### **ZATRUDNIENIE**

Nazwa Wydziału .....

Nazwa jednostki organizacyjnej  
(nazwa Katedry/Zakładu) .....

Stanowisko .....

Forma zatrudnienia  
(umowa o pracę/akt mianowania) .....

Okres zatrudnienia .....



## II. STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU

|                                                                                                              |                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</b>              |                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji |                                                                                                              |
| <b>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b>                                       | <b>Osoba z niepełnosprawnościami</b>                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie                                                    | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji |
|                                                                                                              | <b>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej</b>                                                       |
|                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji |

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS