



Załącznik nr 4
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie nr POWR.03.05.00-00-Z201/18 pn. „Uniwersytet Wielkich
Możliwości – program podniesienia jakości zarządzania procesem kształcenia i jakości nauczania”
(Zadanie 13)

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

- | | | |
|--------------------------|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | podstawowe (ISCED 1) | szkoła podstawowa |
| <input type="checkbox"/> | gimnazjalne (ISCED 2) | gimnazjum |
| <input type="checkbox"/> | ponadgimnazjalne (ISCED 3) | liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa |
| <input type="checkbox"/> | policealne (ISCED 4) | szkoła policealna |
| <input type="checkbox"/> | wyższe (ISCED 5-8) | studia I stopnia (tytuły zawodowe: inżynier, licencjat), studia II stopnia oraz jednolite studia magisterskie (tytuł zawodowy: magister), studia doktoranckie, Nauczycielskie Kolegium Językowe, Kolegium Pracowników Służb Społecznych |



ZATRUDNIENIE

Nazwa jednostki organizacyjnej UWM
(administracja / wydział / jednostka ogólnouczelniana / filia)

.....

Nazwa jednostki wewnętrznej
(Biuro / Sekcja / Dział / Instytut / Katedra / Zakład etc.)

.....

Stanowisko

.....

Forma zatrudnienia
(umowa o pracę/akt mianowania)

.....

Okres zatrudnienia

.....

II. STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

Tak

Nie

Odmowa podania informacji

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

Tak

Nie

Odmowa podania informacji

Osoba z niepełnosprawnościami

Tak

Nie

Odmowa podania informacji

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej

Tak

Nie

Odmowa podania informacji

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

CZYTELNY PODPIS