Додаток №1

**ЗАЯВА НА УЧАСТЬ**

**в проєкті *«Time 2 MUW – дидактична досконалість як шанс розвитку для Варшавського Медичного Університету»***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ПЕРСОНАЛЬНІ ДАНІ КАНДИДАТА** | | | |
| **Ім’я і прізвище:** |  | | |
| **Дата народження:** |  | **Місце народження:** |  |
| **Громадянство:** |  | **Стать:** | Жінка Чоловік |
| **Номер документа, що посвідчує особу:** |  | | |
| **АДРЕСА ПРОЖИВАННЯ** | | | |
| **Вулиця:** |  | | |
| **Номер будинку:** |  | **Номер квартири** |  |
| **Населений пункт:** |  | **Поштовий індекс:** |  |
| **Район:** |  | **Область** |  |
| **КОНТАКТНІ ДАНІ** | | | |
| **Стаціонарний телефон:** |  | **Мобільний телефон:** |  |
| **Електронна пошта:** |  | | |
| **ОСВІТА** | | | |
| **Освіта:** | Вища – ступінь магістра  Вища – ступінь бакалавра  Професійно-технічна освіта  Повна середня освіта | **Uzyskany tytuł zawodowy w przypadku ukończenia szkoły wyższej:** |  |
| **ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ** | | | |
| **Повна назва і адреса місця роботи** |  | | |
| **Посада:** |  | **Відділ/Підрозділ** |  |
| **СТАТУС НА РИНКУ ПРАЦІ** | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Зареєстрована безробітна особа | | | | * TAK | ☑НІ |
| Незареєстрована безробітна особа | | | | * TAK | ☑НІ |
| Особа, що тривалий час безробітна | | | | * TAK | ☑НІ |
| Працевлаштована особа | | | | ☑TAK | * НІ |
| Особа в активному пошуку працевлаштування | | | | * TAK | ☑НІ |
| Особа, що навчається | | | | * TAK | ☑НІ |
| Особа, що не навчається | | | | * TAK | ☑НІ |
| Особа, що не бере участі в тренінгу | | | | * TAK | ☑НІ |
| **ІНШІ ДАНІ** | | | | | |
| Особа, яка належить до національної або етнічної меншини, мігрант, особа іноземного походження: | * TAK | * НІ | * 🗌 ВІДМОВЛЯЮСЬ НАДАТИ ІНФОРМАЦІЮ | | |
| Бездомна особа або особа, позбавлена житла | * TAK | | * НІ | | |
| Людина з інвалідністю | * TAK | * НІ | * ВІДМОВЛЯЮСЬ НАДАТИ ІНФОРМАЦІЮ | | |
| Особа в іншому скрутному становищі (не переліченому вище): | * TAK | * НІ | * ВІДМОВЛЯЮСЬ НАДАТИ ІНФОРМАЦІЮ | | |
| Відсутність професійного досвіду: | * TAK | | * НІ | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ДО ЗАЯВИ СЛІД ДОДАТИ:** | - Декларацію учасника проєкту про згоду на обробку персональних даних |
| **Назва курсу** | *Прошу вказати назву обраного тренінгу* |
| *ЗАВДАННЯ-9 – Підвищення кваліфікації викладацького та адміністративного персоналу українських університетів* |
| **ЗАЯВИ** | |
|  | |
| **Я заявляю, що є ~~студентом/викладачем Варшавського Медичного Університету~~/викладачем або адміністративним співробітником українського університету.**  **Я заявляю, що відповідаю кваліфікаційним критеріям для участі в Проєкті.**  **Я заявляю, що вказані дані відповідають дійсності, і водночас зобов'язуюсь інформувати Варшавський Медичний Університет в разі зміни будь-яких даних.**  ………………………………….. …………………………………………  Місце і дата Підпис кандидатки/кандидата | |
|  | |