

Załącznik 4 do Zasad rekrutacji i uczestnictwa studentów w projekcie pozakonkursowym o charakterze wdrożeniowym pt. „Mistrzowie dydaktyki”

Załącznik nr 5 do umowy: Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Informacje o projekcie

|                                       |  |   |            |
|---------------------------------------|--|---|------------|
| <b>Numer umowy/ decyzji /aneksu *</b> |  | <b>Nazwa beneficjenta *</b>               |            |
| POWR.04.03.00-00-0074/17-00           |  | Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego |            |
|                                       |  | Nazwa uczelni:                            |            |
| <b>Tytuł projektu *</b>               |  |   |            |
| Mistrzowie dydaktyki                  |  |   |            |
| <b>Wniosek za okres</b>               |  | <b>Okres realizacji projektu</b>          |            |
|                                       |  | 2017-12-01                                | 2022-12-31 |

Dane instytucji otrzymujących wsparcie – dane podstawowe

|  |                           |              |
|--|---------------------------|--------------|
| <b>Kraj *</b>                                | <b>Nazwa instytucji *</b> | <b>NIP *</b> |
| Polska                                       |                           |              |
| <b>Brak NIP</b>                              |                           | Tak/Nie      |
| <b>Typ instytucji *</b>                      |                           | <b>w tym</b> |
| uczelnia lub jednostka organizacyjna uczelni |                           | *            |

Dane instytucji otrzymujących wsparcie – dane teleadresowe

|  |                             |                       |
|--|-----------------------------|-----------------------|
| <b>Województwo *</b>                           | <b>Powiat *</b>             | <b>Gmina *</b>        |
|  |                             |                       |
| <b>Miejscowość *</b>                           | <b>Ulica</b>                |                       |
|  |                             |                       |
| <b>Nr budynku *</b>                            | <b>Nr lokalu</b>            | <b>Kod pocztowy *</b> |
|  |                             |                       |
| <b>Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)</b> | <b>Telefon kontaktowy *</b> | <b>Adres e-mail *</b> |
|  |                             |                       |

\* - Pole wymagane w programie SL2014 (zaznaczone czerwonym obramowaniem) – prośba o obowiązkowe wypełnienie

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

Szczegóły i rodzaj wsparcia

|  |   |
|--|---|
| <b>Data rozpoczęcia udziału w projekcie *</b>              | <b>Data zakończenia udziału w projekcie</b> |
|  |   |
| <b>Czy wsparciem zostali objęci pracownicy instytucji?</b> | TAK   |
| <b>Rodzaj przyznanego wsparcia</b>                         | <b>W tym</b>                                |
|  |   |
| <b>Data rozpoczęcia udziału we wsparciu</b>                | <b>Data zakończenia udziału we wsparciu</b> |
|  |   |

Dane uczestników projektów otrzymujących wsparcie – indywidualni i pracownicy instytucji – dane uczestnika

|                      |  |  |
|----------------------|--|--|
| <b>Kraj *</b>        | <b>Rodzaj uczestnika *</b>                       | <b>Nazwa instytucji *</b>                |
| POLSKA               | Indywidualny                                     |  |
| <b>Imię *</b>        | <b>Nazwisko *</b>                                | <b>PESEL *</b>                           |
|                      |  |  |
| <b>Brak PESEL</b>    | Tak/Nie  |  |
| <b>Płeć *</b>        | <b>Wiek w chwili przystąpienia do projektu *</b> | <b>Wykształcenie *</b>                   |
| Kobieta<br>Mężczyzna |  | Policealne<br>Ponadgimnazjalne<br>Wyższe |

Dane kontaktowe

|                      |                 |                |
|----------------------|-----------------|----------------|
| <b>Województwo *</b> | <b>Powiat *</b> | <b>Gmina *</b> |
|----------------------|-----------------|----------------|

\* - Pole wymagane w programie SL2014 (zaznaczone czerwonym obramowaniem) – prośba o obowiązkowe wypełnienie

|   |                      |                |
|---|----------------------|----------------|
|   |                      |                |
| Miejscowość *                           | Ulica                |                |
|   |                      |                |
| Nr budynku *                            | Nr lokalu            | Kod pocztowy * |
|   |                      |                |
| Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) | Telefon kontaktowy * | Adres e-mail * |
|   |                      |                |

Szczegóły i rodzaj wsparcia

|   |  |
|---|--|
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie *  | Data zakończenia udziału w projekcie                             |
|   |  |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu *                          | W tym  |
| 4.OSOBA PRACUJĄCA   | <input checked="" type="checkbox"/> inne                         |
| Wykonywany zawód *  | Zatrudniony w *  |
| <input checked="" type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego             |  |
| Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie                             | Sytuacja (2) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie    |
|   |  |
| Inne rezultaty dotyczące osób młodych (dotyczy IZM)                                       |  |
|   |  |
| Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa |  |
| Rodzaj przyznanego wsparcia   | W tym  |
|   |  |
| Data rozpoczęcia udziału we wsparciu  | Data zakończenia udziału we wsparciu                             |
|   |  |
| Data założenia działalności gospodarczej  | Kwota środków przyznaných na założenie działalności gospodarczej |
|   |  |

\* - Pole wymagane w programie SL2014 (zaznaczone czerwonym obramowaniem) – prośba o obowiązkowe wypełnienie

PKD założonej działalności gospodarczej

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu

|   |  |
|---|--|
| <b>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia *</b> | <b>TAK</b><br><b>NIE</b><br><b>Odmowa podania informacji</b> |
| <b>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań *</b>                          | <b>TAK</b><br><b>NIE</b>                                     |
| <b>Osoba z niepełnosprawnościami *</b>  | <b>TAK</b><br><b>NIE</b><br><b>Odmowa podania informacji</b> |
| <b>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) *</b>           | <b>TAK</b><br><b>NIE</b><br><b>Odmowa podania informacji</b> |

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

\* - Pole wymagane w programie SL2014 (zaznaczone czerwonym obramowaniem) – prośba o obowiązkowe wypełnienie