**Załącznik nr 5 do umowy stypendialnej:** Formularz danych osobowych

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE PODSTAWOWE Stypendysty** | | |
|  | Imię (imiona) |  |
|  | Nazwisko |  |
|  | PESEL / inny identyfikator | * ……………………………………. * Brak numeru PESEL |
|  | Płeć | * kobieta * mężczyzna |
|  | wiek w chwili przystąpienia  do projektu |  |
|  | Obywatelstwo | * obywatelstwo polskie * brak obywatelstwa polskiego - obywatel kraju UE * brak obywatelstwa polskiego lub UE |
|  | Wykształcenie | * średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) * ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) * wyższe (ISCED 5-8) |
| **MIEJSCE ZAMIESZKANIA** | | |
|  | Kraj |  |
|  | Województwo |  |
|  | Powiat |  |
|  | Gmina |  |
|  | Miejscowość |  |
|  | Kod pocztowy |  |
|  | Telefon |  |
|  | Adres e-mail |  |
| **STATUS UCZESTNIKA/CZKI W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | | |
|  | Osoba obcego pochodzenia | * NIE * TAK |
|  | Osoba z państwa trzeciego | * NIE * TAK |
|  | Osoba należąca do mniejszości narodowej (w tym społeczności marginalizowane) | * NIE * ODMOWA PODANIA INFORMACJI * TAK |
|  | Osoba należąca do mniejszości etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) | * NIE * ODMOWA PODANIA INFORMACJI * TAK |
|  | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | * NIE * TAK |
|  | Osoba z niepełnosprawnościami | * NIE * ODMOWA PODANIA INFORMACJI[[1]](#footnote-1) * TAK |
|  | Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | * Osoba bezrobotna * Osoba bierna zawodowo * Osoba pracująca |

**Oświadczenia**

1. Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajanie prawdy, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

|  |  |
| --- | --- |
| \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ miejscowość i data | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  Podpis Stypendysty lub osoby reprezentującej Stypendystę[[2]](#footnote-2) |

1. Poddanie danych dotyczącej niepełnosprawności jest dobrowolne, jednak odmowa podania tych danych skutkuje brakiem możliwości udzielania wsparcia w ramach projektu „Dolnośląski program pomocy uczniom niepełnosprawnym „Sprawny uczeń” [↑](#footnote-ref-1)
2. Osoba reprezentująca Stypendystę - zgodnie z definicją wskazaną w § 2 ust. 25 Regulaminu przyznawania stypendium tj. rodzic/opiekun prawny/ opiekun faktyczny/ opiekun zastępczy ucznia /dyrektor POW /dyrektor DPS - w przypadku, gdy stroną umowy jest uczeń niepełnoletni lub nie mający pełnej zdolność do czynności prawnych [↑](#footnote-ref-2)