



Kwestionariusz osobowy Uczestnika Projektu POWR.01.02.01-30-0138/15

Kwestionariusz należy wypełnić **drukowanymi** literami. Daty szkoleń/ staży są wypełniane przez Kierownika Projektu

Nazwisko		Data urodzenia	R	R	R	R	-	M	M	-	D	D
Imię pierwsze		Miejsce urodzenia										
Imię drugie		Imię Matki										
Nazwisko rodowe		Imię Ojca										
PESEL												

Adres zameldowania/zamieszkania

Ulica		Poczta	
Nr domu		Gmina	
Nr mieszkania		Powiat	
Miejscowość		Województwo	
Kod pocztowy			
Nazwa i adres urzędu skarbowego			
Oddział NFZ¹			
Numer konta bankowego			

Oświadczam, że dane zawarte w kwestionariuszu zgodne są z wpisami w moim dowodzie tożsamości oraz innymi odpowiednimi dokumentami, oraz:

Oświadczam, że jako Uczestnik Projektu „Wielkopolska Akademia Kształcenia”, uczestnicząc w stażu/szkoleniu² w terminie od-.....-..... do-.....-..... nie mam innego tytułu rodzącego obowiązek odprowadzania składek na ubezpieczenie społeczne.

Potwierdzam prawidłowość moich danych podanych w niniejszym Oświadczeniu i proszę o przelewanie należności z tytułu stypendiów oraz innych wsparć na wskazane w niniejszym Oświadczeniu konto bankowe.

.....
/ Data i podpis Kierownika Projektu /

.....
/ Data i podpis Uczestnika Projektu /

¹ Identyfikatory Oddziałów Wojewódzkich NFZ [15R] - Wielkopolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu



W związku z odbywaniem w/w stażu/szkolenia³ proszę o objęcie świadczeniem publicznych zakładów opieki zdrowotnej następujących członków mojej rodziny:

Imię i nazwisko	pesel	niepełnosprawność TAK/NIE	wspólne gospodarstwo domowe TAK/NIE
1.
2.
3.