

Rzeczpospolita
PolskaUnia Europejska
Europejski Fundusz SpołecznyInformacje o projekcie

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

Dane instytucji otrzymujących wsparcie – dane podstawowe

Kraj *	Nazwa instytucji *	NIP *
Polska	Uniwersytet Jagielloński w Krakowie	6750002236
Brak NIP		NIE
Typ instytucji *		w tym
uczelnia lub jednostka organizacyjna uczelni		X

Dane instytucji otrzymujących wsparcie – dane teleadresowe

Województwo *	Powiat *	Gmina *
Małopolskie	Kraków	Kraków
Miejscowość *	Ulica	
Kraków	Gołębia	
Nr budynku *	Nr lokalu	Kod pocztowy *
24	ND.	31-007
Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	Telefon kontaktowy *	Adres e-mail *
	12 663 11 42	prorektor.nauka@uj.edu.pl

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

Szczegóły i rodzaj wsparcia

Data rozpoczęcia udziału w projekcie *	Data zakończenia udziału w projekcie
Czy wsparciem zostali objęci pracownicy instytucji?	TAK
Rodzaj przyznanego wsparcia	W tym
Data rozpoczęcia udziału we wsparciu	Data zakończenia udziału we wsparciu

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

Kraj *	Rodzaj uczestnika *	Nazwa instytucji *
POLSKA	Indywidualny	Uniwersytet Jagielloński w Krakowie
Imię *	Nazwisko *	PESEL *
Brak PESEL	Tak/Nie	
Płeć *	Wiek w chwili przystąpienia do projektu *	Wykształcenie *
<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna		<input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Wyższe

Dane kontaktowe

Województwo *	Powiat *	Gmina *

* - 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	Uniwersytet Jagielloński w Krakowie
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
PKD założonej działalności gospodarczej	

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

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia *	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań *	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami *	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej *	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

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