**FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO PROJEKTU NR POWR.07.01.00-00-0002/22**

**„Kursy podnoszące kwalifikacje kadry medycznej udzielającej świadczeń zdrowotnych, w tym w związku z chorobą zakaźną, w szczególności COVID-19”**

**należy wypełnić drukowanymi literami[[1]](#footnote-1)**

|  |
| --- |
| Grupa zawodowa (właściwe zaznaczyć):1. Diagnosta laboratoryjny
2. Pozostała kadra medyczna pracująca w medycznym laboratorium diagnostycznym
3. Dietetyk
4. Logopeda
5. Elektroradiolog

 Oświadczam, iż posiadam wykształcenie właściwe dla wyżej wskazanej przeze mnie grupy zawodowej. Oświadczam, iż posiadam prawo wykonywania zawodu zgodnie z ustawą z dnia 27 lipca 2001 o diagnostyce laboratoryjnej (zaznaczyć jeżeli dotyczy) |
| **Pouczenie:** uczestnik ponosi odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, co wynika z ogólnych przepisów Kodeksu Cywilnego. |
| **1. Dane uczestnika** |
| Imię i nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Wykształcenie posiadane (zaznaczyć właściwe | POZIOM WYKSZTAŁCENIE TYPY SZKÓŁ * ISCED 1 podstawowe - Szkoła podstawowa
* ISCED 2 gimnazjalne - Gimnazjum
* ISCED 3 ponadgimnazjalne - Liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa
* ISCED 4 policealne - Szkoły policealne
* ISCED 5 studia krótkiego cyklu - Nauczycielskie Kolegium Językowe, Kolegium Pracowników Służb Społecznych (podlega MPiPS)
* ISCED 6 studia licencjackie lub odpowiedniki - Studia I stopnia (tytuły zawodowe: inżynier, licencjat),
* ISCED 7 studia podyplomowe studia magisterskie lub odpowiedniki - Studia II stopnia oraz jednolite studia magisterskie (tytuł zawodowy: magister)
* ISCED 8 studia doktoranckie - Studia doktoranckie
 |
| **2. Dane kontaktowe** |
| Województwo  |  |
| Powiat |  |
| Gmija |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica (bez ul. sama nazwa ulicy) |  |
| Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| **3. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu** |
| Status na rynku pracy (zaznaczyć właściwe) | 1. **Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:**
* Osoba długotrwale bezrobotna
* Inne …………………..
1. **Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:**
* Osoba długotrwale bezrobotna
* Inne …………………..
1. **Osoba bierna zawodowo, w tym:**
* Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
* Osoba ucząca się
* Inne …………………..
1. **Osoba pracująca, w tym:**
* Osoba pracująca w administracji rządowej
* Osoba pracująca w administracji samorządowej
* Osoba pracująca w MMŚP
* Osoba pracująca w organizacji pozarządowej
* Osoba prowadząca działalność na własny rachunek
* Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
* Inne …………………..
 |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | * Tak
* Nie
* Odmowa podania informacji
 |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | * Tak
* Nie
 |
| Osoba z niepełnosprawnościami | * Tak
* Nie
* Odmowa podania informacji
 |
| Czy w związku z powyższą informacją zgłasza Pan/Pani specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności | * Tak (jakie) …………………..
* Nie
 |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | * Tak
* Nie
* Odmowa podania informacji
 |
| **4. Deklaracje, oświadczenia** |
| 1. Zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich szkoleniach w 100%;
2. Zobowiązuję się do wypełniania wszelkich ankiet, sprawdzianów weryfikujących wiedzę, list obecności i innych wymaganych dokumentów, niezbędnych w procesie realizacji projektu
3. Oświadczam, iż podane przeze mnie dane w procesie rekrutacji są zgodne z prawdą.
4. Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie.
5. Oświadczam, iż podane przeze mnie dane w procesie rekrutacji są zgodne z prawdą.
6. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na badanie ewaluacyjne, którego celem jest udoskonalenie oferowanej dotychczas pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb przyszłych uczestników.
7. Oświadczam, że jestem świadomy/a, iż niniejszy projekt jest finansowany projektu przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
8. Zostałem poinformowany o prawie bycia zapomnianym, sprostowania oraz zgłaszania naruszeń.
9. Wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących (nr telefonu) dla celów realizacji projektu.
 |
| **CZYTELNY PODPIS****/podpisano elektronicznie/\*\*****\*\*niepotrzebne skreślić** | …………………………………………………………………….. |
| Data |  |
|  |

Załączniki:
1. Kopia dyplomu potwierdzające przynależność do grupy zawodowej objętej projektem

1. W przypadku wersji papierowej [↑](#footnote-ref-1)