**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)