

**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<sup>1</sup>**

Grupa zawodowa (właściwe zaznaczyć):

- a) Diagnosta laboratoryjny
- b) Pozostała kadra medyczna pracująca w medycznym laboratorium diagnostycznym
- c) Dietetyk
- d) Logopeda
- e) 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 |  |
| Nazwisko rodowe |  |
| PESEL           |  |

<sup>1</sup> W przypadku wersji papierowej

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

|   |   |
|---|---|
| Wykształcenie posiadane<br>(zaznaczyć właściwe)                         | <p><b>POZIOM WYKSZTAŁCENIE TYPY SZKÓŁ</b></p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 1 podstawowe - Szkoła podstawowa</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 2 gimnazjalne - Gimnazjum</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 3 ponadgimnazjalne - Liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 4 policealne - Szkoły policealne</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 5 studia krótkiego cyklu - Nauczycielskie Kolegium Językowe, Kolegium Pracowników Służb Społecznych (podlega MPiPS)</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 6 studia licencjackie lub odpowiedniki - Studia I stopnia (tytuły zawodowe: inżynier, licencjat),</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 7 studia podyplomowe studia magisterskie lub odpowiedniki - Studia II stopnia oraz jednolite studia magisterskie (tytuł zawodowy: magister)</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 8 studia doktoranckie - Studia doktoranckie</p> |
| <b>2. Dane kontaktowe</b>   |   |
| Województwo   |   |
| Powiat  |   |
| Gmina   |   |
| Miejscowość   |   |
| Ulica (bez ul. sama nazwa ulicy)  |   |
| Nr budynku  |   |
| Nr lokalu   |   |
| Kod pocztowy  |   |
| Telefon kontaktowy  |   |
| Adres e-mail  |   |
| <b>3. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu</b> |   |

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

|   |  |
|---|--|
| <p>Status na rynku pracy<br/>(zaznaczyć właściwe)</p>   | <p><b>1. Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:</b><br/> <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna<br/> <input type="checkbox"/> Inne .....</p> <p><b>2. Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:</b><br/> <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna<br/> <input type="checkbox"/> Inne .....</p> <p><b>3. Osoba bierna zawodowo, w tym:</b><br/> <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu<br/> <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się<br/> <input type="checkbox"/> Inne .....</p> <p><b>4. Osoba pracująca, w tym:</b><br/> <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej<br/> <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej<br/> <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP<br/> <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej<br/> <input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek<br/> <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie<br/> <input type="checkbox"/> Inne .....</p> |
| <p>Wykonywany zawód</p>   | <p><input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu<br/> <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego<br/> <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego<br/> <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego<br/> <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia<br/> <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integralności społecznej<br/> <input type="checkbox"/> pracownik instytucji<br/> <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy<br/> <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego<br/> <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodzin i pieczy zastępczej<br/> <input type="checkbox"/> pracownik instytucji wsparcia ekonomii społecznej<br/> <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno - pedagogicznej<br/> <input type="checkbox"/> rolnik<br/> <input type="checkbox"/> inny (jaki) .....</p>   |
| <p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</p> | <p><input type="checkbox"/> Tak<br/> <input type="checkbox"/> Nie<br/> <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</p>  |
| <p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</p>                          | <p><input type="checkbox"/> Tak<br/> <input type="checkbox"/> Nie</p>  |

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

|   |  |
|---|--|
| Osoba z niepełnosprawnościami   | <input type="checkbox"/> Tak<br><input type="checkbox"/> Nie<br><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji |
| Czy w związku z powyższą informacją zgłasza Pan/Pani specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> Tak (jakie) .....<br><input type="checkbox"/> Nie   |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)                          | <input type="checkbox"/> Tak<br><input type="checkbox"/> Nie<br><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji |

#### 4. Deklaracje, oświadczenia\*

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE nr POWR.07.01.00-00-0007/22, pn. „Kursy podnoszące kwalifikacje kadry medycznej udzielającej świadczeń zdrowotnych, w tym w związku z chorobą zakaźną, w szczególności COVID-19” w ramach Działania 7.1 Wzmocnienie zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia, Oś priorytetowa VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia.

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że

- 1) Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „ „Kursy podnoszące kwalifikacje kadry medycznej udzielającej świadczeń zdrowotnych, w tym w związku z chorobą zakaźną, w szczególności COVID-19””, realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach osi priorytetowej VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia, nr Projektu: POWR.07.01.00-00-0002/22-00, realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia – Departament Rozwoju Kadr Medycznych, w partnerstwie z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego oraz Krajową Izbą Diagnostów Laboratoryjnych, akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie;
- 2) Zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Osi priorytetowej VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
- 3) Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
- 4) Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych niezbędnych w procesie realizacji projektu;
- 5) Zostałem/am poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia;
- 6) Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych, którego celem jest udoskonalenie oferowanej dotychczas pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb przyszłych uczestników, prowadzonych przez MZ - Lidera projektu lub CMKP - Partnera projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej;
- 7) Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
- 8) Oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym, załączone dokumenty oraz ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym
- 9) Oświadczam, iż załączona kopia dyplomu potwierdzająca przynależność do grupy zawodowej objętej projektem jest zgodna z oryginałem.

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Nadto:

- 1) Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie
- 2) Zobowiązuję się do uczestnictwa w szkoleniu
- 3) Zobowiązuję się do wypełniania wszelkich wymaganych dokumentów niezbędnych w procesie realizacji projektu, w tym m. in. list obecności;
- 4) Zostałem poinformowany o prawie bycia zapomnianym, sprostowania oraz zgłaszania naruszeń;
- 5) Wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących (nr telefonu) dla celów realizacji projektu;
- 6) W przypadku mojej rezygnacji (nawet częściowej) z udziału w projekcie z przyczyn niezaakceptowanych przez MZ – Lidera projektu lub w przypadku naruszenia przeze mnie postanowienia Regulaminu rekrutacji zobowiązuje się do zwrotu na rzecz Ministra Zdrowia całości lub części kosztów, w tym należności ubocznych, związanych ze wsparciem, które otrzymałem w ramach projektu.
- 7) Jeżeli w trakcie trwania szkolenia realizowanego w ramach projektu bez uzasadnionych przyczyn nie podejmę podnoszenia kompetencji zawodowych lub przerwę podnoszenie tych kompetencji, zobowiązuję się do zwrotu kosztów poniesionych przez MZ – Lidera projektu z tytułu świadczeń na ten cel za okres do momentu uzyskania przez MZ- Lidera projektu wiedzy o zaniechaniu lub przerwaniu podnoszenia kompetencji przeze mnie.

**CZYTELNY PODPIS**

/podpisano elektronicznie/\*\*

**\*\*niepotrzebne skreślić**

.....

Data

Załączniki:

1. Kopia dyplomu potwierdzające przynależność do grupy zawodowej objętej projektem
2. Oświadczenie uczestnika projektu
3. Oświadczenie o zatrudnieniu