



Załącznik nr 1 do Regulaminu Projektu  
pn. „Rozwój praktycznego kształcenia podyplomowego lekarzy  
w Centrum Symulacji Medycznej we Wrocławiu”

## Deklaracja uczestnictwa w Projekcie

**pn. Rozwój praktycznego kształcenia podyplomowego lekarzy  
w Centrum Symulacji Medycznej we Wrocławiu,  
nr POWR.05.04.00-00-0166/18**

<b>1. Imię:</b>		<b>2. Nazwisko:</b>	
<b>3. Numer PESEL:</b>		<b>4. Data urodzenia:</b>	
<b>5. Wiek:</b>		<b>6. Płeć:</b> <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
<b>7. Adres e-mail:</b>		<b>8. Telefon kontaktowy:</b>	
<b>9. Adres zamieszkania:</b>		<b>10. Wykształcenie:</b>	
Ulica:		<input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1)	
Nr domu/lokalu:		<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2)	
Kod pocztowy:	Miejscowość:	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3)	
Powiat:	Gmina:	<input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)	
<b>11. Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:</b>			
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy W tym <input type="checkbox"/> Oświadczam że jestem osobą długotrwale bezrobotną Lub <input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy W tym <input type="checkbox"/> Oświadczam że jestem osobą długotrwale bezrobotną Lub <input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą bierną zawodowo W tym <input type="checkbox"/> Oświadczam że jestem osobą uczącą się Lub <input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą pracującą			
Zatrudnioną w .....			
Wykonywany zawód:			
<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inny			



**12. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:**

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

tak  nie

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

tak  nie

Osoba z niepełnosprawnościami

tak  nie

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)

tak  nie

1. Oświadczam, że podane wyżej dane są zgodne z prawdą.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie do monitoringu i ewaluacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.
3. Oświadczam, że spełniam warunki kwalifikujące mnie do udziału w projekcie zawarte w Regulaminie Projektu §4.
4. Oświadczam, że zostałem poinformowany o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU