

Deklaracja uczestnictwa w Projekcie

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

1. Imię:		2. Nazwisko:	
3. Numer PESEL:		4. Data urodzenia:	
5. Wiek:		6. Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
7. Adres e-mail:		8. Telefon kontaktowy:	
9. Adres zamieszkania:		10. Wykształcenie:	
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)	
11. Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:			
<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