

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**

| | | | |
|---|--------------|---|--|
| 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 Oświadczam że jestem osobą długotrwale bezrobotną Lub <input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy W tym 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 inny <input type="checkbox"/> | | | |

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