



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W KURSIE

Projekt „Uroginekologia zabiegowa i diagnostyka urodynamiczna – specjalistyczne szkolenia dla kadr medycznych”,
Nr projektu FERS.01.12-IP.07-0009/26

Tytuł kursu: _____

Data kursu: _____

Wypełnienie wszystkich poniższych danych jest obowiązkowe do wzięcia udziału w kursie.
W przypadku wypełniania odręcznego, deklarację należy wypełnić drukowanymi literami.

Dane uczestniczki / uczestnika	Obywatelstwo										
	Imię										
	Nazwisko										
	Pesel										
	☐ brak Pesel	Wiek w chwili przystąpienia do projektu (w przypadku braku nr PESEL)								_____ lat	
	Płeć	☐ Kobieta					☐ Mężczyzna				
	Wykształcenie	Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2)					Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)		Wyższe (ISCED 5–8)		
Dane teledadresowe	Kraj										
	Województwo										
	Powiat										
	Gmina										
	Miejscowość										
	Kod pocztowy										
	Telefon kontaktowy										
	Adres e-mail										
Status uczestniczki / uczestnika w chwili przystąpienia do	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu ☐ osoba pracująca ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek (praktyka lekarska) ☐ osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą ☐ inne										
	☐ osoba bierna zawodowo										



☐ osoba bezrobotna		
Zatrudniona/y w:	Wpisz pełną nazwę podmiotu/instytucji zatrudnienia	
Potwierdzenie wykonywania zawodu	Nr prawa wykonywania zawodu	
Wykonywany zawód: (proszę wybrać jeden)	☐ Lekarz / Lekarka ze specjalizacją w dziedzinie: ☐ położnictwo i ginekologia ☐ chirurgia ogólna ☐ urologia ☐ Lekarz / Lekarka w trakcie specjalizacji (rezydent/ka) w dziedzinie: ☐ położnictwo i ginekologia ☐ chirurgia ogólna ☐ urologia ☐ Lekarz / Lekarka POZ (Podstawowa Opieka Zdrowotna) ☐ Lekarz / Lekarka AOS (Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna)	
Osoba obcego pochodzenia	☐ NIE	☐ TAK
Osoba państwa trzeciego	☐ NIE	☐ TAK
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	☐ NIE	☐ Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań?	☐ NIE	☐ TAK
Specjalne potrzeby - niepełnosprawność	☐ NIE	☐ Odmowa podania informacji
Jeżeli <u>TAK</u> , proszę o podanie specjalnych potrzeb	Proszę o podanie specjalnych potrzeb wynikających z Pana/Pani niepełnosprawności, których zaspokojenie umożliwi udział w projekcie	

☐ **Oświadczam**, pod rygorem odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 297 § 1 Ustawy z dnia 06 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz.U. Nr 88 poz.553), że **wszystkie informacje podane przeze mnie są prawdziwe i kompletne**, według stanu na dzień złożenia deklaracji. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą. **(Pole obowiązkowe)**

☐ **Deklaruję** udział w kursie organizowanym w ramach projektu pn. „Uroginekologia zabiegowa i diagnostyka urodynamiczna – specjalistyczne szkolenia dla kadr medycznych”, realizowanego w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego, nr projektu: **FERS.01.12-IP.07-0009/26**. **(Pole obowiązkowe)**

☐ **Potwierdzam** otrzymanie i zapoznanie się z klauzulami informacyjnymi dotyczącymi przetwarzania danych osobowych w związku z udziałem w Projekcie **(Pole obowiązkowe)**

☐ Zgadzam się na wysyłanie drogą elektroniczną informacji związanymi procesami rekrutacyjnymi projektu pn. „Uroginekologia zabiegowa i diagnostyka urodynamiczna – specjalistyczne szkolenia dla kadr medycznych”, realizowanego w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego, nr projektu: **FERS.01.12-IP.07-0009/26**. **(Pole odznaczane dobrowolnie)**

.....
data

.....
Czytelny podpis uczestniczki / uczestnika