Załącznik nr 1 do Regulaminu

Deklaracja uczestnictwa

w projekcie „Lekarze w trójwymiarze - szkolenia USG w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi"

Projekt „Lekarze w trójwymiarze - szkolenia USG w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi" realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Priorytet V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych Nr umowy: POWR.05.04.00-00-0073/16-00

Ja, niżej podpisana/y

……,
/imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie/

legitymująca/y się dowodem osobistym: _ _ _ _ _ _ _ _ _, numer PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ,
/nr i seria dowodu osobistego/ /numer PESEL/

zamieszkała/zamieszkały w

…….....,
/adres zamieszkania osoby składającej oświadczenie/

będąc zatrudniona/y w:

…….....,
/nazwa pracodawcy/

…….....
/adres pracodawcy – adres jednostki, w której osoba składająca oświadczenie jest zatrudniona/

deklaruję gotowość do uczestnictwa w Projekcie „Lekarze w trójwymiarze- szkolenia USG w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi" i jednocześnie oświadczam, że:

- z własnej inicjatywy wyrażam chęć podnoszenia swoich kwalifikacji uczestnicząc w szkoleniach w ramach Projektu „Lekarze w trójwymiarze- szkolenia USG w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi" poza godzinami pracy,
- zapoznałam/em się z postanowieniami Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Lekarze w trójwymiarze- szkolenia USG w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi" i je akceptuję
- spełniam kryteria określone w Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Lekarze w trójwymiarze- szkolenia USG w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi" uprawniające mnie do udziału w projekcie

- zostałam/em poinformowana/y, iż uczestniczę w projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Jednocześnie wyrażam zgodę na udział we wszelkich badaniach ankietowych, ewaluacyjnych przeprowadzonych w trakcie i po zakończeniu projektu oraz zobowiązuje się do przekazania informacji dotyczącej mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie (do 4 tygodni od zakończenia udziału) zgodnie z zakresem danych określonych Wytycznych w zakresie monitorowania (tzw. wspólne wskaźniki rezultatu bezpośredniego).

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszej Deklaracji są zgodne z prawdą i zobowiązuję się do bezzwłocznego informowania na piśmie o każdej ich zmianie. Zostałem pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

…….. ……..…

miejscowość, data czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki

DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU
„Lekarze w trójwymiarze - szkolenia USG w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznym”

Informacje o projekcie

Lp.	Nazwa
1	Tytuł projektu: **Lekarze w trójwymiarze- szkolenia USG w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi”**
2	Nr umowy: **POWR.05.04.00-00-0073/16-00**
3	Nazwa beneficjenta: **NZOZ Centrum Promocji i Ochrony Zdrowia**
4	Priorytet, w ramach którego realizowany jest projekt: **Priorytet 5** ***Wsparcie dla obszaru zdrowia***
5	Działanie, w ramach którego realizowany jest projekt: **Działanie 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych**
6	Wniosek za okres
7	Okres realizacji projektu: 01.01.2017r. - 31.12.2018r.

Dane uczestników projektów otrzymujących wsparcie – indywidualni i pracownicy instytucji – dane uczestnika

Lp.	Nazwa	
	Dane uczestnika	
1	Kraj	
2	Rodzaj uczestnika	□ indywidualny, □ pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu
3	Nazwa instytucji	Nie dotyczy
4	Imię	
5	Nazwisko	
6	PESEL	
7	Brak PESEL	□ Tak □ Nie
8	Płeć (*pytanie obowiązkowe dla osób, które wskazały brak PESEL*)	□ Kobieta □ Mężczyzna
9	Wiek w chwili przystąpienia do projektu (*pytanie obowiązkowe dla osób, które wskazały brak PESEL*)	
10	Wykształcenie	□ niższe niż podstawowe (ISCED 0) □ podstawowe (ISCED 1) □ gimnazjalne (ISCED 2) □ ponadgimnazjalne (ISCED 3) □ policealne (ISCED 4) □ wyższe (ISCED 5-8)

	Dane kontaktowe	
11	Województwo	
12	Powiat	
13	Gmina	
14	Miejscowość	
15	Ulica	
16	Nr budynku	
17	Nr lokalu	
18	Kod pocztowy	
19	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	□ 1- duże obszary miejskie (o ludności > 50 000 mieszkańców i dużej gęstości zaludnienia); □ 2 - małe obszary miejskie (o ludności > 5 000 i średniej gęstości zaludnienia); □ 3 - obszary wiejskie (o ludności < 5 000 i małej gęstości zaludnienia)
20	Telefon kontaktowy	
21	Adres e-mail	
22	**Szczegóły i rodzaj wsparcia**	
23	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	□ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy □ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy □ osoba bierna zawodowo □ osoba pracująca
24	W tym:	□ osoba pracująca w administracji rządowej □ osoba pracująca w administracji samorządowej □ inne □ osoba pracująca w MMŚP □ osoba pracująca w organizacji pozarządowej □ osoba prowadząca działalność na własny rachunek □ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
25	Wykonywany zawód	□ inny □ instruktor praktycznej nauki zawodu □ nauczyciel kształcenia ogólnego □ nauczyciel kształcenia przedszkolnego □ nauczyciel kształcenia zawodowego ☒ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia □ kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej □ pracownik instytucji rynku pracy □ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego □ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej □ pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej □ pracownk poradni psychologiczno-pedagogicznej □ rolnik
26	Zatrudniony w Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej	□Tak □Nie

27	Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie	□ inne □ osoba kontynuuje zatrudnienie □ osoba nabyła kompetencje □ osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie □ osoba podjęła kształcenie lub szkolenie □ osoba podjęła pracę/rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek □ osoba poszukująca pracy □ osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/wychowaniem dziecka □ osoba pracująca/ prowadząca działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka ☒ osoba uzyskała kwalifikacje □ nie upłynął okres monitorowania rezultatu (do 4 tygodni od zakończenia udziału)
28	Sytuacja (2) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie:	□ inne □ osoba kontynuuje zatrudnienie □ nie dotyczy □ osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie □ osoba podjęła kształcenie lub szkolenie □ osoba podjęła pracę/rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek □ osoba poszukująca pracy □ osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/wychowaniem dziecka □ osoba pracująca/ prowadząca działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka □ osoba uzyskała kwalifikacje □ nie upłynął okres monitorowania rezultatu (do 4 tygodni od zakończenia udziału)
29	Inne rezultaty dotyczące osób młodych (dotyczy IZM)	Nie dotyczy
30	Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	□ Tak □ Nie
31	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
32	Data zakończenia udziału w projekcie	
33	Data założenia działalności gospodarczej	Nie dotyczy
34	Kwota środków przyznanych na założenie działalności gospodarczej	Nie dotyczy
35	PKD założonej działalności gospodarczej	Nie dotyczy

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	□ Nie □ Odmowa podania informacji □ Tak
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	□ Nie □ Tak
Osoba z niepełnosprawnościami	□ Nie □ Odmowa podania informacji □ Tak
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	□ Nie □ Odmowa podania informacji □ Tak

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym zgłoszeniu są zgodne z prawdą i zobowiązuję się do bezzwłocznego informowania na piśmie o każdej ich zmianie. Zostałem pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą

…….. ……

miejscowość, data czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb procesu realizacji zgłoszenia do niniejszego Projektu przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Promocji i Ochrony Zdrowia, zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 o Ochronie Danych Osobowych Dz. U. Nr 133 poz. 883). Świadom(a) jestem faktu, że przysługuje mi prawo wglądu do swoich danych oraz prawo do ich poprawiania.