**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

do projektu „Wdrożenie Programu Rozwojowego w oparciu o Centrum Symulacji Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego”

Część A – wypełnia Uczestnik

|  |
| --- |
| 1. RODZAJ UCZESTNIKA
 |
| 1. 🖵 Pracownik WUM
2. 🖵 Inny (nie zatrudniony w WUM)
 |

|  |
| --- |
| 1. DANE OSOBOWE UCZESTNIKA
 |
| Imię: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PESEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Brak PESEL 🖵 Płeć: K 🖵 M 🖵Wykształcenie: 🖵 policealne 🖵 wyższe  |

|  |
| --- |
| 1. DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA
 |
| Adres zamieszkania:Województwo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ powiat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gmina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kod pocztowy, miejscowość \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ulica, nr budynku i lokalu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adres e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 1. STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYTSĄPIENIA DO PROJEKTU
 |
| 🖵 Osoba ucząca się /tylko w przypadku studentów/ |
| 🖵 Osoba pracującaWykonywany zawód: 🖵 pracownik naukowo-dydaktyczny 🖵 inny: podać jaki \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Zatrudniony w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *nazwa* *zakładu* / *kliniki* |

|  |
| --- |
| 1. STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU
 |
| 1. **osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia**

🖵 tak 🖵 nie 🖵 odmawiam podania informacji  |
| 1. **osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań**

🖵 tak 🖵 nie |
| 1. **osoba z niepełnosprawnościami**

🖵 tak 🖵 nie 🖵 odmawiam podania informacji  |
| 1. **osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących**

🖵 tak 🖵 nie***w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu*** 🖵 tak 🖵 nie |
| 1. **osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu**

🖵 tak 🖵 nie |
| 1. **osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)**

🖵 tak 🖵 nie 🖵 odmawiam podania informacji  |

|  |
| --- |
| OŚWIADCZENIA |
| - wszystkie dane osobowe i pozostałe informacje podane w niniejszym zgłoszeniu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadomy odpowiedzialności prawnej, jaka ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych,- zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.3 Wysokość jakość kształcenia na kierunkach medycznych,- wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą pocztową, telefoniczną oraz elektroniczną,- wyrażam zgodę na udział w badaniach ewaluacyjnych po moim zakończeniu udziału w projekcie  |

………………………… …………………………………………………………………..

Data czytelny podpis uczestnika