

Załącznik nr 1

FORMULARZ OSOBOWY UCZESTNIKA PROJEKTU
„Podniesienie kompetencji lekarzy w ramach kształcenia podyplomowego z zakresu ortopedii dziecięcej”
POWR.05.04.00-00-0086/16

DANE UCZESTNIKA			
Kraj			
Imię		Nazwisko	
Pesel		Płeć	Kobieta Mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu			
Wykształcenie			
Gimnazjalne	Policealne	Ponadgimnazjalne	Wyższe
DANE KONTAKTOWE			
Województwo	Powiat	Gmina	
Miejscowość	Ulica	Nr budynku	Nr lokalu
Kod pocztowy	Nr telefonu	Email	
SZCZEGÓŁY WSPARCIA			
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu			
Bezrobotny	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		
	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		
	Osoba bierna zawodowo	Osoba ucząca się	
		Osoba nieuczestnicząca w szkoleniu lub kształceniu	
Zatrudniony	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		
Wykonywany zawód	Inny		
	Pielęgniarka/Pielęgniarz		
	Położna		
	Fizjoterapeuta/Fizjoterapeutka		
	Lekarz/Lekarka		
Miejsce pracy (informacja o miejscu zatrudnienia)			

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTAPIENIA 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 przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	Nie
	Tak
W tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	Nie
	Tak
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	Nie
	Tak
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)	Nie
	Odmowa podania informacji
	Tak

Oświadczam, że:

1. Deklaruję udział w Projekcie **„Podniesienie kompetencji lekarzy w ramach kształcenia podyplomowego z zakresu ortopedii dziecięcej”**
2. Zostałem/am poinformowany/a, iż projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój;
3. Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń i jednocześnie potwierdzam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą,
4. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie.
5. Zapoznałem/am się z Regulaminem Uczestnictwa w Projekcie **„Podniesienie kompetencji lekarzy w ramach kształcenia podyplomowego z zakresu ortopedii dziecięcej”**
6. Zobowiązuję się do korzystania ze wsparcia w postaci kursów organizowanych przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w ramach Projektu.
7. Potwierdzam moje aktualne zatrudnienie w jednostce podstawowej opieki zdrowotnej - TAK / NIE

.....

Czytelny podpis uczestnika