|  |
| --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY** **udziału w projekcie „Studiujesz? Pracuj! Wzmocnienie kompetencji zawodowych studentów Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu”** **dla studentów kierunków Protetyka Słuchu, Optometria, Farmacja, Analityka Medyczna w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu** |
| **Dane podstawowe** |
| Nazwisko |  |
| Imiona |  |
| PESEL |  |
| **Preferowane miejsce stażu (rodzaj pracodawcy)**1. ....................................................................................................................................................................................................
2. .....................................................................................................................................................................................................
3. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
 |
| **Preferowany termin odbycia stażu:**…………………………………………….... |
| Potwierdzam, że spełniam następujące warunki uczestnictwa w projekcie:- jestem studentem (zaznaczyć właściwe):  studiów II stopnia kierunku Protetyka Słuchu na Wydziale Lekarskim II  studiów II stopnia kierunku Optometria na Wydziale Lekarskim II  IV lub V roku kierunku Farmacja na Wydziale Farmaceutycznym  IV lub V roku kierunku Analityka Medyczna na Wydziale FarmaceutycznymUniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu - nie jestem (aktualnie ani w przeszłości) uczestnikiem programu stażowego w ramach innego projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej i wdrażanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, oś priorytetowa III. Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju oraz nie korzystam z Programu Erasmus Plus+.Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym.…...................................................... ........................................................ Data i podpis pracownika Biura Projektu Data i podpis Kandydata |

**Załącznik 2**