**Formularz zgłoszeniowy do projektu**

**„Monoprofilowe centrum symulacji medycznej dla pielęgniarstwa Uniwersytetu Zielonogórskiego”**

**Nr umowy: POWR.05.03.00-00-0084/17-01**

**Beneficjent: Uniwersytet Zielonogórski**

***Prosimy o czytelne wypełnienie rubryk i zaznaczenie krzyżykiem odpowiedniego kwadratu***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Treść | **Lp.** | **Nazwa** | | **Proszę wpisać lub wybrać właściwe** | |
| **Dane**  **uczestnika** | 1 | **Imię** **(imiona)** | |  | |
| 2 | **Nazwisko** | |  | |
| 3 | **PESEL** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| 4 | **Płeć** | | **Kobieta** |  |
| **Mężczyzna** |  |
| 5 | **Data urodzenia** | |  | |
| 6 | **Miejsce urodzenia** | |  | |
| 7 | **Numer albumu** | |  | |
| 8 | **Kierunek studiów** | |  | |
| 9 | **Semestr** | |  | |
| **Dane**  **kontaktowe** | 10 | **Ulica/ Nr domu/ Nr lokalu** | |  | |
| 11 | **Miejscowość** | |  | |
| 13 | **Kod pocztowy** | |  | |
| 14 | **Województwo** | |  | |
| 15 | **Powiat** | |  | |
| 16 | **Numer telefonu komórkowego** | |  | |
| 17 | **Adres poczty elektronicznej** | |  | |
|  | 21 | **Wykształcenie** | | □ Podstawowe  □ Gimnazjalne  □ Ponadgimnazjalne  □ Policealne  □ Wyższe | |
|  | 22 | **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** | | * Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy * Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy * Osoba bierna zawodowo: * Ucząca się * Osoba pracująca (proszę podać nazwę zajmowanego stanowiska oraz miejsce pracy)……………………………………………………………………………………… | |
|  | 23 | **Status uczestnika projektu** | | * Przynależność do mniejszości narodowej, migrantów * Obce pochodzenie * Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe * Niepełnosprawność * Niekorzystna sytuacja społeczna * Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | |
|  | 24 | **Jestem zainteresowany/a udziałem w szkleniu/szkoleniach w ramach projektu** | | * Szkolenie dla studentów uczelni pielęgniarskiej w ramach symulacji niskiej wierności * Szkolenie dla studentów uczelni pielęgniarskiej w ramach symulacji pośredniej wierności * Szkolenie dla studentów uczelni pielęgniarskiej w ramach symulacji wysokiej wierności | |
| **Wypełnia Beneficjent** | | | | | |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie | | |  | | |
| Data zakończenia udziału w projekcie | | |  | | |
| Rodzaj przyznanego wsparcia | | |  | | |
| Data rozpoczęcia udziału we wsparciu | | |  | | |
| Uwagi | | |  | | |

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

**/Miejscowość i data podpisania Ankiety/ /Czytelny podpis uczestnika Projektu/**

Oświadczenia

Świadomy/-a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym do udziału w projekcie są zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że przedłożenie nieprawdziwego oświadczenia/zaświadczenia lub podanie danych w Formularzu Rekrutacyjnym niezgodnych ze stanem faktycznym będzie skutkowało wykluczeniem z projektu *„*Monoprofilowe centrum symulacji medycznej dla pielęgniarstwa Uniwersytetu Zielonogórskiego”

………………………………

Data i czytelny podpis Kandydata/-tki

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie *„*Monoprofilowe centrum symulacji medycznej dla pielęgniarstwa Uniwersytetu Zielonogórskiego*”* oraz akceptuję ich zapisy.

………………………………

Data i czytelny podpis Kandydata/-tki

Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Oś priorytetowa: V. Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie: 5.3. Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych.

……………………………..

Data i czytelny podpis Kandydata/-tki

Oświadczam, że wyrażam dobrowolną zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. „O ochronie danych osobowych” t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z p.zm.) do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, szkolenia, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Beneficjenta projektu z obowiązków sprawozdawczych wobec Instytucji Zarządzającej. Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie danych w przyszłości, pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel.

………………………………

Data i czytelny podpis Kandydata/-tki

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału projekcie „Monoprofilowe centrum symulacji medycznej dla pielęgniarstwa Uniwersytetu Zielonogórskiego”.

………………………………

Data i czytelny podpis Kandydata/-tki