



Załącznik nr 1a
do Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w bezpłatnych kursach

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W KURSIE

Tytuł kursu: _____

Data i miejsce kursu: _____

Wypełnienie wszystkich poniższych danych jest obowiązkowe do wzięcia udziału w kursie.
W przypadku wypełniania odręcznego, deklarację należy wypełnić drukowanymi literami.

Imię										
Nazwisko										
Pesel										
<input type="checkbox"/> brak Pesel	Wiek w chwili przystąpienia do projektu (w przypadku braku nr PESEL)								_____ lat	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta					<input type="checkbox"/> Mężczyzna				
Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z okazanym dowodem tożsamości										
..... (data i czytelny podpis osoby reprezentującej beneficjenta)										
Data rozpoczęcia udziału w projekcie							(wypełnia realizator projektu)			
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3)			<input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4)			<input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)			
Adres zamieszkania (ulica, nr budynku /lokalu)										
Kod pocztowy										
Miejscowość										
Gmina										
Powiat										
Województwo										
Telefon kontaktowy										
Adres e-mail										
Status Uczestnika	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu					<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo w tym: <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w szkoleniu lub kształceniu <input type="checkbox"/> inne				
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy					<input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel instytucji /podmiotu				
	Uczestnik					<input type="checkbox"/> indywidualny				
	Zatrudniona/y w:					Wpisz pełną nazwę podmiotu/instytucji zatrudnienia				
Potwierdzenie wykonywania zawodu					Nr prawa wykonywania zawodu lub nr wpisu na listę diagnostów					



	Wykonywany zawód: (proszę wybrać jeden)	<input type="checkbox"/> lekarz POZ (w tym rodzinny) <input type="checkbox"/> lekarz innych specjalności (w tym w trakcie specjalizacji) jakiej: _____ <input type="checkbox"/> diagnosta laboratoryjny <input type="checkbox"/> technik laboratoryjny		
	Zaznacz odpowiedź, która najlepiej opisuje wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> inny - jaki? _____		
	Miejsce zatrudnienia	<input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w MMŚP (małe lub średnie przedsiębiorstwo) <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne - jakie? _____		
Dane wrażliwe	Osoba z niepełnosprawnościami?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

Pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, **oświadczam**, iż dane oraz oświadczenia zawarte w niniejszym formularzu są kompletne i zgodne z prawdą, według stanu na dzień złożenia deklaracji. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

Deklaruję udział w kursie organizowanym w ramach projektu pn. „Choroby genetycznie uwarunkowane – edukacja i diagnostyka” realizowanego w ramach POWER 2014-2020, nr projektu: UDA-POWER.04.03.00-00-0054/18.

Zapoznałem/am się, zrozumiałem/am i akceptuję treść dokumentu „Oświadczenia uczestnika projektu” oraz zasady dotyczące Ochrony Danych Osobowych i wyrażam zgodę na wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby projektu.

Zgadzam się na wysyłanie drogą elektroniczną informacji związanych z platformą e-learningową projektu pn. „Choroby genetycznie uwarunkowane – edukacja i diagnostyka” realizowanego w ramach POWER 2014-2020, nr projektu: UDA-POWER.04.03.00-00-0054/18.

.....
data

.....
Czytelny podpis Uczestnika