

Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie

I. Formularz zgłoszeniowy do Projektu pn. **"Wsparcie procesu poprawy jakości w patomorfologii poprzez wdrożenie standardów akredytacyjnych oraz wzmocnienie kompetencji kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi"** nr POWR.05.02.00-00-0004/19 realizowanego przez Lidera projektu: Departament Oceny Inwestycji w Ministerstwie Zdrowia wraz z Partnerem Projektu: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w ramach V Osi priorytetowej pn. **Wsparcie dla obszaru zdrowia** Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) na lata 2014-2020, Działania 5.1 pn. **Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych**

DANE KANDYDATKI/KANDYDATA	
Imię (imiona):	Nazwisko:
Płeć:	Data urodzenia (DD/MM/RRRR):
PESEL:	Telefon:
Nazwa miejsca pracy / instytucji / organizacji:	
Pełniona funkcja / stanowisko w instytucji / organizacji:	
Specjalne potrzeby:	
Data rozpoczęcia udziału w projekcie (DD-MM-RRRR) – wypełnia Wykonawca szkolenia	
DANE DOTYCZĄCE MIEJSCA ZAMIESZKANIA	
Ulica:	Nr domu / Nr lokalu:
Miejscowość:	Kod pocztowy:
Poczta:	Województwo:
Powiat:	Gmina:
Dane kontaktowe:	
Adres e-mail:	
Dane do korespondencji, jeśli są inne niż miejsce zamieszkania:	

WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> Brak (ISCED 0) – brak formalnego wykształcenia <input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1) – kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2) – kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) – kształcenie ukończone na poziomie: <input type="checkbox"/> średnie zawodowe <input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> Policealne (ISCED 4) – kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8) – kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów
----------------------	--

	wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba pracująca <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne

Wykonywany zawód*:	
Zatrudniony w**:	

* UWAGA: Uczestnik Projektu będący osobą pracującą jest zobowiązany do poświadczenia faktu zatrudnienia na dzień wypełnienia niniejszego formularza.

**na dzień wypełnienia niniejszego formularza.

SZCZEGÓLNA SYTUACJA	
Należy zaznaczyć znakiem „X” właściwe pole w każdym z wierszy poniżej	
Należę do mniejszości narodowej lub etnicznej, jestem migrantem, jestem osobą obcego pochodzenia (dane wrażliwe).	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań (dane wrażliwe).	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi
Jestem osobą z niepełnosprawnościami (dane wrażliwe).	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi
Osoba z innej niekorzystnej sytuacji społecznej.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi

Rezygnacja z udziału w szkoleniu

1. Uczestniczka/Uczestnik szkolenia akceptuje poniższe warunki rezygnacji z udziału w szkoleniu.
2. Uczestniczka/Uczestnik szkolenia może zgłosić rezygnację z udziału w szkoleniu.
3. Rezygnacji ze szkolenia można dokonać na 3 dni przed wyznaczonym terminem szkolenia, w formie pisemnej na adres Wykonawcy szkolenia: rekrutacja@standardywpatomorfologii.pl.

OŚWIADCZENIE

- I. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/ny, iż Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- II. **Zostałam/em uprzedzona/y, że złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, skutkuje odpowiedzialnością przewidzianą w przepisach prawa powszechnie obowiązującego. Jednocześnie oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.**

.....
Miejscowość, data

/zgodnie z podpisem elektronicznym/ ***

.....
czytelny podpis UCZESTNIKA PROJEKTU

/zgodnie z podpisem elektronicznym/ ***



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



*** skreślić, jeśli nie dotyczy.