



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Ja, niżej podpisana/y:

.....
(imię i nazwisko)

deklaruję chęć udziału w cyklu szkoleń w zakresie *

- Instruktor
- Technik/Informatyk
- Kadra Zarządzająca
- Nauczyciel

w ramach projektu pn. „Opracowanie i realizacja programu rozwojowego kierunku pielęgniarstwo PPWSZ w Nowym Targu oraz utworzenie monoprofilowego centrum symulacji medycznej”

*współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
w ramach V osi priorytetowej Wsparcie dla obszaru zdrowia
Działanie nr 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych
Projekt nr POWR.05.03.00-00-0068/17*

.....
DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

*Proszę o zaznaczenie jednej opcji



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Ja, niżej podpisana/y:

.....
(imię i nazwisko)

**deklaruję chęć udziału w szkoleniu
w zakresie programu standaryzowanego pacjenta**

w ramach projektu pn. „Opracowanie i realizacja programu rozwojowego kierunku pielęgniarstwo PPWSZ w Nowym Targu oraz utworzenie monoprofilowego centrum symulacji medycznej”

*współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
w ramach V osi priorytetowej Wsparcie dla obszaru zdrowia
Działanie nr 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych
Projekt nr POWR.05.03.00-00-0068/17*

.....
DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



W przypadku deklaracji udziału w cyklu szkoleń jako Instruktor, Nauczyciel oraz udziału w programie standaryzowanego pacjenta prosimy o wypełnienie dodatkowo poniższej deklaracji:

Ja, niżej podpisana/y:

.....
(imię i nazwisko)

deklaruję, iż posiadam doświadczenie w prowadzeniu przedmiotów/modułów zajęć których efekty kształcenia mogą być realizowane symulacją medyczną:

- 1 rok i poniżej
- powyżej 1 roku

.....
DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



W przypadku deklaracji udziału na szkolenia dla techników/informatyków symulacji medycznej prosimy o wypełnienie dodatkowo poniższej deklaracji:

Ja, niżej podpisana/y:

.....
(imię i nazwisko)

deklaruję, iż posiadam wykształcenie:

- średnie
- mgr
- dr i powyżej

.....
DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



W przypadku deklaracji udziału na szkolenia dla Kadry Zarządzającej prosimy o wypełnienie dodatkowo poniższej deklaracji:

Ja, niżej podpisana/y:

.....
(imię i nazwisko)

deklaruję, iż posiadam wykształcenie:

- mgr
- dr i powyżej

.....
DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU