



Załącznik nr 2
do Regulaminu uczestnictwa
w projekcie nr POWR.05.03.00-00-0068/17

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Ja, niżej podpisana/y:

.....
(imię i nazwisko)

- Student/ka I stopnia studiów – I rok studiów
- Student/ka I stopnia studiów – II rok studiów

deklaruję chęć udziału w projekcie

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

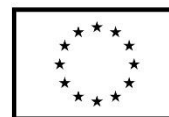
Projekt nr POWR.05.03.00-00-0068/17



KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DO PROJEKTU

*Prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie,
drukowanymi literami lub komputerowo odpowiadając na wszystkie pytania.*

Dane uczestniczki/uczestnika:		
1	Kraj	
2	Imię	
3	Nazwisko	
4	PESEL	
5	Brak PESELU	
6	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
7	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
8	Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> gimnazjalne, <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe, <input type="checkbox"/> podstawowe, <input type="checkbox"/> policealne, <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne, <input type="checkbox"/> wyższe
Dane kontaktowe:		



1.	Województwo	
2.	Powiat	
3.	Gmina	
4.	Miejscowość	
5.	Ulica	
6.	Nr budynku	
7.	Nr lokalu	
8.	Kod pocztowy	
9.	Telefon kontaktowy	
10.	Adres e-mail	



Dane dodatkowe:	
1.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:
	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo w tym: <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w tym: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP (Mikro, Małe Średnie Przedsiębiorstwo) <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
2	Wykonywany zawód
	INF DODATKOWA: wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby
	<input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> instruktor praktyczne nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej



	<p>na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu „osoba pracująca”</p>	<p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik</p>
3	<p>Zatrudniony w:</p> <p>INF DODATKOWA: wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu „osoba pracująca”</p>	<p>Nazwa:</p> <p>..... </p> <p>Adres:</p> <p>..... </p>



4.	Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	<p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</p> <p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Tak</p> <p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba z niepełnosprawnościami</p> <p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Tak</p> <p>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)</p> <p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Tak</p>
----	---	--



Oświadczenia

1. Oświadczam, że dane podane w formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Podhalańską Państwową Wyższą Szkołę Zawodową w Nowym Targu ul. Kokoszków 71 34-400 Nowy Targ w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. Zostałem pouczoney o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y że projekt pn. „Opracowanie i realizacja programu rozwojowego kierunku pielęgniarstwo PPWSZ w Nowym Targu oraz utworzenie monoprofilowego centrum symulacji medycznej” **jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.**
3. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem Uczestnictwa w projekcie i akceptuję zawarte w nim zasady i zobowiązuję się je przestrzegać.
4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie.
5. Oświadczam, że spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w projekcie.
6. Oświadczam, iż zapoznałem się i podpisałem oświadczenie uczestnika projektu (obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679).
7. Dobrowolnie zgłaszam chęć uczestnictwa w Projekcie.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS
UCZESTNIKA PROJEKTU



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

