



Załącznik nr 6 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Certyfikowane kursy BLS, ACLS i PALS dla kadry pielęgniarskiej i położniczej”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

(proszę wypełnić drukowanymi literami)

**PROJEKT: „Certyfikowane kursy BLS, ACLS i PALS dla kadry pielęgniarskiej i położnej”
nr WND-RPSL.11.03.00-24-02F6/16-002**

DANE OSOBOWE		
Imię (Imiona)		
Nazwisko		
PESEL		
Data urodzenia		
Miejsce urodzenia		
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

ADRES ZAMIESZKANIA				
Ulica			Nr domu/nr lokalu	
Miejscowość			Kod pocztowy	
Gmina	Obszar		<input type="checkbox"/> Miejski <i>Gminy miejskie i miasta powyżej 25 tyś. mieszkańców</i>	<input type="checkbox"/> Wiejski <i>Gminy wiejskie, gminy wiejsko miejskie i miasta do 25 tyś. mieszkańców</i>
Powiat				
Województwo				

DANE KONTAKTOWE			
Tel. stacjonarny		Tel. komórkowy	
E-mail			

WYKSZTAŁCENIE				
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/> pomaturalne	<input type="checkbox"/> wyższe

POSIADANIE DYPLOMU PIEŁĘGNIARKI/RZA	
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
POSIADANIE DYPLOMU POŁOŻNEJ/EGO	
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie



STATUS NA RYNKU PRACY		
Zatrudniony/a <i>osoba zatrudniona</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
<i>osoba ucząca się</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Nazwa zakładu pracy/uczelni		
Adres zakładu pracy/uczelni		
Telefon/ mail		

WYBÓR SZKOLENIA PODSTAWOWEGO		
NAZWA SZKOLENIA	EDYCJA	
	DNI ROBOCZE	WEEKENDOWA
1.BLS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WYBÓR SZKOLENIA FAKULTATYWNEGO (jedno do wyboru)		
NAZWA SZKOLENIA	EDYCJA	
	DNI ROBOCZE	WEEKENDOWA
1.ACLS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.PALS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

STATUS UCZESTNIA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	TAK	NIE
	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (dane wrażliwe)	<input type="checkbox"/>
Osoba z niepełnosprawnościami (dane wrażliwe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Oświadczenia kandydata/ki do projektu:

1. Zapoznałem/łam się z zasadami udziału w projekcie zawartymi w Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Certyfikowane kursy BLS, ACLS i PALS dla kadry pielęgniarskiej i położnej”, spełniam warunki kwalifikowalności w nim wskazanej i deklaruję chęć uczestnictwa z własnej inicjatywy w Projekcie.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Beneficjenta tj. EASYRESCUE Wojciech Wieczorek, ul. Ligocka 5A/9 40-570 Katowice – Lider Projektu oraz Śląskie Centrum Usług Wspólnych Sp. z o.o. ul. Karolinki 1, 40-467 Katowice- - Partner Projektu wyłącznie w celu realizacji obowiązków związanych z realizacją Projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, rekrutacji, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WSL 2014-2020. Odrębne Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w trybie art. 23 ustawy o ochronie danych osobowych stanowi Załącznik nr 1 do Umowy wsparcia projektowego nr RPSL.11.03.00-24-02F6/16-00 z dnia 14.04.2017 roku.
3. Zgodnie z wymogami Projektu jestem uprawniony/a do uczestnictwa w Projekcie.
4. Zostałem/łam poinformowany/na, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 – 2020.
5. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
6. Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie niniejszego Formularza Rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.

Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym do projektu „Certyfikowane kursy BLS, ACLS i PALS dla kadry pielęgniarskiej i położnej” nr WND-RPSL.11.03.00-24-02F6/16-00 są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
data

.....
czytelny podpis