

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

pn. „Opracowanie i wdrożenie programu rozwojowego kierunku pielęgniarstwo na studiach I stopnia w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu,

Nr projektu POWR.05.03.00-00-0047/17-00, realizowanym w ramach POWER 2014-2020

### Forma wsparcia:

- zajęcia dodatkowe, wykraczające poza standardowy program kształcenia,
- płatne obowiązkowe praktyki zawodowe na II i III roku studiów,
- ponadprogramowe płatne praktyki zawodowe w wymiarze 160 godzin,

### DANE UCZESTNIKA:

Nazwa	Proszę wpisać lub wybrać właściwe
Imię(imiona)	
Nazwisko	
Płeć	Kobieta
	Mężczyzna
PESEL	
Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
Numer albumu	
Ulica/ Nr domu/ Nr lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe

### SZCZEGÓŁY WSPARCIA:

**Status kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (proszę wybrać 1 z 4 opcji)**

<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 bezrobotna niezarejestrowana 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 szkoleniu lub kształceniu	<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 (małe lub średnie przedsiębiorstwo) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <b>Wykonywany zawód: (proszę wybrać jeden)</b> <input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> rolnik
---	--	--	--

### STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

Tak  Nie  Odmowa podania informacji

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

Tak  Nie

Osoba z niepełnosprawnościami

Tak  Nie  Odmowa podania informacji

Jeżeli tak, czy jest to niepełnosprawność ruchowa?

Tak  Nie

Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących

Tak  Nie



Jeśli tak, to czy w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu

Tak  Nie

Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu

Tak  Nie

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)

Tak  Nie  Odmowa podania informacji

Oświadczam że:

deklaruję udział w projekcie pn. „Opracowanie i wdrożenie programu rozwojowego na kierunku pielęgniarstwo na studiach I stopnia w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu, realizowany w ramach POWER 2014-2020, nr projektu POWR.05.03.00-00-0047/17-00,

1. zostałem(-am) poinformowany(-a), że projekt pod nazwą „*Opracowanie i wdrożenie programu rozwojowego kierunku pielęgniarstwo na studiach I stopnia w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu*”, jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego,
2. zapoznałem/-am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
3. oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w przedmiotowym projekcie,
4. wyrażam zgodę na wykorzystywanie zdjęć i filmów z moim wizerunkiem, wykonywanych podczas działań realizowanych w ramach przedmiotowego projektu dla celów promocyjnych projektu,
5. wyrażam zgodę na wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby realizacji projektu zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych,
6. zobowiązuję się do uczestnictwa w monitoringu projektu, w szczególności do wypełnienia niezbędnych ankiet i formularzy,
7. dane podane w Deklaracji uczestnictwa w projekcie i w załącznikach są zgodne z prawdą – jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą wynikającej z Kodeksu Karnego.

.....  
Miejscowość, data

.....  
(czytelny podpis Uczestnika projektu)