



Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KI NA UCZESTNIKA/KĘ
o spełnieniu kryteriów kwalifikacyjnych związanych z udziałem w Projekcie „Monoprofilowe
Centrum Symulacji Medycznych dla kierunku położnictwo
w PWSZ w Kaliszu”**

Ja niżej podpisany/a:.....

(imię i nazwisko składającego/ej oświadczenie)

Zamieszkały/a:.....

(adres zamieszkania: kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania)

Numer PESEL:

I. Oświadczam, że (wymogi formalne):

jestem studentem/studentką Akademii Kaliskiej, na kierunku:

położnictwo, w tym:

I rok studiów I stopnia, II rok studiów I stopnia, III rok studiów I stopnia,

I rok studiów II stopnia, II rok studiów II stopnia,

pielęgniarstwo, w tym:

I rok studiów I stopnia, II rok studiów I stopnia, III rok studiów I stopnia,

I rok studiów II stopnia, II rok studiów II stopnia,

ratownictwo medyczne, w tym:

I rok studiów I stopnia, II rok studiów I stopnia, III rok studiów I stopnia,

II. Oświadczam, że spełniam wymogi merytoryczne (punktowe), ponieważ:

jestem osobą z niepełnosprawnością (posiadam orzeczenie o niepełnosprawności)

otrzymuję stypendium socjalne, a zarobki moje/rodziców wynoszą:

poniżej średniej krajowej,

powyżej średniej krajowej

moja średnia w nauce wynosi:

do 4,0,

powyżej 4,0 do 4,5,

powyżej 4,5

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu