



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 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 PWSZ w Kaliszu, na kierunku:

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,

położnictwo, w tym:

- I rok studiów,
- II rok studiów,
- III rok studiów,

ratownictwo medyczne, w tym:

- I rok studiów,
- II rok studiów,
- III rok studiów

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,
- powyżej 4,5

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu