OŚWIADCZENIE O KWALIFIKOWALNOŚCI UCZESTNIKA PROJEKTU PO WER

Dane osobowe:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię | |  |
| Nazwisko | |  |
| PESEL lub wiek w chwili przystąpienia do projektu[[1]](#footnote-1) |  | |
| Płeć | Kobieta X Mężczyzna | |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie  (dd-mm-rrrr) – wypełnia realizator projektu |  | |

***Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości.***

…………………………………………………………….

(data i czytelny podpis osoby reprezentującej **beneficjenta** projektu)

**Proszę o zaznaczenie informacji dotyczących Pana/Pani sytuacji w momencie rozpoczęcia udziału w projekcie:**

**Szkolenie podstawowe:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | posiadam dyplom ukończenia uczelni medycznej |
|  | posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza |

**Szkolenie zaawansowane:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | posiadam dyplom ukończenia uczelni medycznej |
|  | posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza |
|  | uczestniczyłam/em w szkoleniu podstawowym i/lub wykazałam/em się liczbą 30 samodzielnie wykonanych operacji technikami chirurgii minimalnego dostępu (w przypadku lekarzy w trakcie specjalizacji operacje wykonane pod opieką lekarza specjalisty) |

***Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.***

………………………………………………………………………

(data i czytelny podpis **uczestnika** projektu)

1. Wpisanie wieku w chwili przystąpienia do projektu możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL [↑](#footnote-ref-1)