

## OŚWIADCZENIE O KWALIFIKOWALNOŚCI UCZESTNIKA PROJEKTU PO WER

### Dane osobowe:

|   |   |
|---|---|
| Imię  |   |
| Nazwisko  |   |
| PESEL lub wiek w chwili przystąpienia do projektu <sup>1</sup>                      |   |
| Płeć  | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie<br>(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:

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | posiadam dyplom ukończenia uczelni medycznej |
| <input type="checkbox"/> | posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza    |

### Szkolenie zaawansowane:

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | posiadam dyplom ukończenia uczelni medycznej  |
| <input type="checkbox"/> | posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza   |
| <input type="checkbox"/> | spełniam kryteria Association of European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC) w zakresie umiejętności praktycznych przewidzianych dla umiejętności podstawowej w zakresie dziecięcej kardiologii interwencyjnej, w tym uczestnictwo w co najmniej 50 zabiegach dziecięcej kardiologii interwencyjnej. |

**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)

<sup>1</sup> Wpisanie wieku w chwili przystąpienia do projektu możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL