

OŚWIADCZENIE O KWALIFIKOWALNOŚCI UCZESTNIKA PROJEKTU PO WER

Dane osobowe:

Imię	
Nazwisko	
PESEL lub wiek w chwili przystąpienia do projektu ¹	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> 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:

<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"/>	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