

Załącznik nr 1 do Regulaminu projektu

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY / FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

pn. „Program wszechstronnego szkolenia w wideochirurgii (chirurgii minimalnego dostępu) w oparciu o zaawansowane techniki symulacji”, nr POWR.05.04.00-00-0164/18-00 realizowanym przez Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”, w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych

należy zaznaczyć X przy właściwej formie wsparcia

- Szkolenie podstawowe** w zakresie technik chirurgii minimalnego dostępu
Preferowane terminy kursu
- Szkolenie zaawansowane** w zakresie technik chirurgii minimalnego dostępu
Preferowane terminy kursu

I. ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH POWIERZONYCH DO PRZETWARZANIA

Prosimy o wypełnienie poniższych danych:

1. **KRAJ (OBYWATELSTWO):**
 2. **IMIĘ I NAZWISKO:**
 3. **PESEL:**
- Brak peselu w przypadku obcokrajowców
4. **DATA URODZENIA:**
 5. **WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:**
 6. **PŁEĆ:** kobieta mężczyzna
 7. **WYKSZTAŁCENIE** - wybierz jedną z poniższych odpowiedzi:
 - NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE
 - PODSTAWOWE
 - GIMNAZJALNE
 - PONADGIMNAZJALNE
 - POLICEALNE
 - WYŻSZE
 8. **TYTUŁ ZAWODOWY / STOPIEŃ NAUKOWY**
 9. **NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU**
 10. **POSIADANA SPECJALIZACJA, ROK UZYSKANIA**
 11. **ROZPOCZĘTA SPECJALIZACJA**
 12. **DATA ROZPOCZĘCIA SPECJALIZACJI**
 13. **PLANOWANA DATA ZAKOŃCZENIA SPECJALIZACJI**

14. ADRES ZAMIESZKANIA:

WOJEWÓDZTWO POWIAT

GMINA MIEJSCOWOŚĆ

ULICA

NR BUDYNKU NR LOKALU KOD POCZTOWY

15. KONTAKT:

TEL. KONTAKTOWY ADRES E-MAIL

16. STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU – wybierz jedną z poniższych odpowiedzi A lub B lub C lub D:

- A. OSOBA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W URZĘDZIE PRACY
- Osoba długotrwale bezrobotna
 - inne
- B. OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY
- Osoba długotrwale bezrobotna
 - Inne
- C. OSOBA BIERNIA ZAWODOWO
- osoba ucząca się
 - osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub uczeniu się
 - Inne
- D. OSOBA PRACUJĄCA
- Osoba pracująca w administracji rządowej
 - Osoba pracująca w administracji samorządowej
 - Osoba pracująca w MMŚP
 - Osoba pracująca w organizacji pozarządowej
 - Osoba prowadząca działalność na własny rachunek
 - Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
 - Inne

17. WYKONYWANY ZAWÓD (wypełnia osoba pracująca) - wybierz jedną z poniższych odpowiedzi:

- Instruktor praktycznej nauki zawodu
- Nauczyciel kształcenia ogólnego
- Nauczyciel wychowania przedszkolnego
- Nauczyciel kształcenia zawodowego
- Pracownik instytucji ochrony zdrowia
- Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
- Pracownik instytucji rynku pracy
- Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego

- Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
- Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
- Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
- Rolnik
- inny

18. ZATRUDNIOWY W (miejsce zatrudnienia, adres):

.....
.....

19. STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU – w każdej pozycji A, B, C, D, E, F wybierz jedną odpowiedź:

- A. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
- tak
 - nie
 - odmowa podania informacji
- B. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań *
- tak
 - nie
- C. Osoba niepełnosprawna
- tak
 - nie
 - odmowa podania informacji
- D. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących
- tak
 - nie

jeśli TAK, to czy w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu:

- tak
 - nie
- E. Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu
- tak
 - nie
- F. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)
- tak
 - nie
 - odmowa podania informacji

20. NOCLEG (Projekt zakłada darmowy nocleg dla uczestników którzy posiadają miejsce zamieszkania w miejscowości innej niż miejscowość, w której odbywa się szkolenie)

- tak
- nie

21. PREFERENCJE DOTYCZĄCE CATERINGU

II. DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

pn. „Program wszechstronnego szkolenia w wideochirurgii (chirurgii minimalnego dostępu) w oparciu o zaawansowane techniki symulacji”, nr POWR.05.04.00-00-0164/18-00 realizowanym przez Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka, w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż:

1. zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu pn. „Program wszechstronnego szkolenia w wideochirurgii (chirurgii minimalnego dostępu) w oparciu o zaawansowane techniki symulacji”, nr POWR.05.04.00-00-0164/18-00 realizowanym przez Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka, w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych, akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim;
2. spełniam wszystkie wymogi formalne i zasady udziału określone w Regulaminie Projektu;
3. zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Osi priorytetowej V, wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych
4. zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
5. wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych;
6. zostałem poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia;
7. zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez *Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”* oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej;
8. zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
9. oświadczam, że dane zawarte w Kwestionariuszu Osobowym/Formularzu Zgłoszeniowym oraz ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis UCZESTNIKA PROJEKTU

*Zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach); bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności –specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą).