



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU

W formularzu należy wypełnić wszystkie pola. W polach, które nie znajdują zastosowania w danym przypadku należy wpisać „nie dotyczy” lub postawić znak „–”.

Projekt pn. „Wspólnie na rzecz rozwoju Pielęgniarstwa” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego nr POWR.05.05.00-00-0024/18 Działanie 5.5 Rozwój usług pielęgniarstwa

Imię (Imiona)	
Nazwisko	
PESEL:	
Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną(TAK / NIE)	☐ TAK ☐ NIE
Płeć:	☐ KOBIEȚA ☐ MĘŻCZYŻNA
Wiek w chwili przystąpienia do projektu:	
Wykształcenie**:	☐ niższe niż podstawowe (ISCED 0) ☐ podstawowe (ISCED 1) ☐ gimnazjalne (ISCED 2) ☐ ponadgimnazjalne (ISCED 3) ☐ policealne (ISCED 4) ☐ wyższe (ISCED 5-8)
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail (aktywny):	

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy ☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy ☐ osoba bierna zawodowo ¹ ☐ osoba pracująca
*Wykonywany zawód (wypełnić w przypadku zaznaczenia pozycji osoba pracująca)	☐ inne ☐ osoba pracująca w administracji rządowej ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej ☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie ☐ osoba pracująca w MMŚP ☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek
Nazwa zakładu pracy (wypełnić w przypadku zaznaczenia pozycji osoba pracująca)	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMAWIAM PODANIA DANYCH
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ TAK ☐ NIE
Osoba z niepełnosprawnością	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMAWIAM PODANIA DANYCH
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	☐ TAK ☐ NIE
w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	☐ TAK ☐ NIE

¹To osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Za biernych zawodowo uznaje się m.in. studentów studiów stacjonarnych.

** Międzynarodowa Standardowa Klasyfikacja Kształcenia (International Standard Classification of Education, w skrócie ISCED)

Poziom ISCED'97 N a z w a p r o g r a m u / Poziom 0 Przedszkole; Poziom 1 Szkoła podstawowa; Poziom 2A Gimnazjum; Poziom 3A Liceum ogólnokształcące, Liceum profilowane, Technikum, Uzupełniające liceum ogólnokształcące, Technikum uzupełniające; Poziom 3C Zasadnicza szkoła zawodowa; Poziom 4C Szkoły policealne; Poziom 5A Wyższe studia zawodowe, Studia magisterskie, Studia uzupełniające magisterskie, Studia podyplomowe; Poziom 5B Kolegium Nauczycielskie, Nauczycielskie Kolegium Języków Obcych; Poziom 6 Studia doktoranckie



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	☐ TAK ☐ NIE
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMAWIAM PODANIA DANYCH
Numer Albumu	
Oświadczam, że w roku akademickim 2018/2019 posiadam:	☐ status studenta drugiego roku studiów stacjonarnych kier. Pielęgniarstwo PSW
Deklaruję chęć uczestnictwa w dodatkowych formach wsparcia projektowego (można wybrać więcej niż jedną formę – decyduje kolejność zgłoszeń) zajęcia będą się odbywać w czasie regularnych zjazdów na uczelni:	☐ Komunikacja interpersonalna (16 h) ☐ Opieka nad pacjentem geriatrycznym ze współistniejącymi ranami przewlekłymi (25 h) ☐ Edukator w cukrzycy (30 h) ☐ Żywienie chorych kardiologicznych ze współistniejącą chorobą nowotworową. Rola skutecznej komunikacji w opiece nad pacjentem kardiologicznym (16 h)
Wyrażam zgodę na kserokopię legitymacji studenckiej	☐ TAK ☐ NIE

Oświadczam, że:

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu do celów związanych z rekrutacją i selekcją zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 100) oraz ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016)
- Oświadczam, że zapoznałam(em) się z Regulaminem projektu „Wspólnie na rzecz rozwoju Pielęgniarstwa” nr POWR.05.05.00-00-0024/18 i akceptuję jego zapisy oraz zobowiązuje się do jego przestrzegania.
- Spełniam warunki kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie.
- Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuje się poinformować Powiatową Szkołę Wyższą w Kwidzynie w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.
- Zostałam(em) poinformowana(y) o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
MIEJSCOWOŚĆ, DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU