



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

1.	Tytuł projektu: Rozwój kompetencji specjalistów ochrony zdrowia z zakresu realizacji badań naukowych
2.	Nazwa programu: Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021 – 2027
3.	Numer i nazwa priorytetu: FERS.01 Umiejętności
4.	Numer i nazwa działania: FERS.01.13 Umiejętności w sektorze zdrowia
5.	Instytucja odpowiedzialna za realizację projektu: Agencja Badań Medycznych
6.	Zadanie nr 1: „Dane w ochronie zdrowia – jak wytwarzać dane wysokiej jakości w badaniach klinicznych?”

Nazwa kursu:	„Dane w ochronie zdrowia – jak wytwarzać dane wysokiej jakości w badaniach klinicznych”
Organizator kursu:	Agencja Badań Medycznych
Miejsce i data kursu:	kurs online,

DANE UCZESTNIKA

Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec <input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie
Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Jeśli tak, proszę o podanie numeru PESEL	-----
Płeć	
Data urodzenia	---.---.---
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)
Nazwa miejsca pracy/instytucji/organizacji	

DANE TELEADRESOWE	
Kraj	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Stopień urbanizacji (DEGURBA)	<input type="checkbox"/> tereny gęsto zaludnione (miasta, centra miejskie, obszary miejskie) <input type="checkbox"/> tereny pośrednie (miasta, przedmieścia) <input type="checkbox"/> tereny słabo zaludnione (wiejskie)
Kod pocztowy	
Telefon komórkowy	
Adres e-mail	

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Osoba państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym mniejszości marginalizowane)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami (Projekt jest dedykowany dla Ciebie. Jesteśmy dostępni dla osób z niepełnosprawnościami)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Potrzeba skorzystania z tłumacza j. migowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
<input type="checkbox"/> Osoba pracująca <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna	
Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> Osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w instytucie naukowym

	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w instytucie działającym w ramach sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> Osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> Osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> Inne
Osoba bierna zawodowa	<input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się/odbywające szkolenie
Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Inne

Wykonywany zawód*/**:	
Zatrudniony w**:	
Doświadczenie zawodowe:	
Wykształcenie:	

* UWAGA: Uczestnik/Uczestniczka Projektu będący/-a osobą pracującą jest zobowiązany/a do poświadczenia faktu zatrudnienia na dzień wypełnienia niniejszego formularza (pisemne zaświadczenie od pracodawcy).

**na dzień wypełnienia niniejszego formularza.

Uczestnik Projektu jest zobowiązany do przedłożenia orzeczenia o niepełnosprawności wydanego przez powiatowy zespół ds. orzekania o niepełnosprawności oraz orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS i inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.). Natomiast pozostałe osoby (np. osoba ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi) na potwierdzenie statusu osoby niepełnosprawnej mogą przedstawić inny niż orzeczenie o niepełnosprawności dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię.

OŚWIADCZENIE

- I. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/na, że Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027.
- II. Oświadczam, że nie prowadzę działalności gospodarczej w rozumieniu unijnego prawa konkurencji o charakterze komercyjnym, w zakresie tożsamym z przedmiotem Kursu, tj. w zakresie w jakim zdobyta wiedza lub umiejętności mogą być wykorzystane w prowadzonej działalności o charakterze komercyjnym.
- III. Zostałem/am uprzedzony/a, że złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, skutkuje odpowiedzialnością przewidzianą w przepisach prawa powszechnie obowiązującego. Jednocześnie oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI
PROJEKTU*