



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 4: „ Produkt badany – wytwarzanie, pozyskiwanie, zarządzanie w ośrodku ”.

Nazwa kursu:	„Produkt badany – wytwarzanie, pozyskiwanie, zarządzanie w ośrodku”.
Organizator kursu:	Agencja Badań Medycznych
Miejsce i data kursu: kurs online,	

DANE UCZESTNIKA	
Obywatelstwo	☐ Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE ☐ Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec ☐ Obywatelstwo polskie
Imię	
Nazwisko	
Numer PESEL	☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, proszę o podanie numeru PESEL	_____
Płeć	
Data urodzenia	__-__-____
Wykształcenie	☐ Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) ☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) ☐ Wyższe (ISCED 5-8)
Nazwa miejsca pracy/instytucji/organizacji	

DANE TELEADRESOWE	
Kraj	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Stopień urbanizacji (DEGURBA)	☐ tereny gęsto zaludnione (miasta, centra miejskie, obszary miejskie) ☐ tereny pośrednie (miasta, przedmieścia) ☐ tereny słabo zaludnione (wiejskie)
Kod pocztowy	
Telefon komórkowy	
Adres e-mail	

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
Osoba obcego pochodzenia	☐ TAK ☐ NIE

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

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