



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

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 KUSRU:

„Dane w ochronie zdrowia – jak wytwarzać dane wysokiej jakości w badaniach klinicznych?”

DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE: (wypełnia organizator):

DATA ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROJEKCIE: (wypełnia organizator):

Dane uczestników projektów, którzy otrzymują wsparcie w ramach projektu:

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)

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	<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

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w Projekcie zawartymi w Regulaminie wraz z załącznikami, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu wraz z załącznikami oraz spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w ww. Regulaminie wraz z załącznikami.
2. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach programu **Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus** umowa nr FERS.01.13-IP.07-0004/24-00/3539/2024/229.
3. 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.
4. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie.
5. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
6. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Realizatora Projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w deklaracji uczestnictwa w projekcie oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej, (np. podjęcie zatrudnienia).

Zostałam/em uprzedzona/y, 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