***Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie***

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Beneficjent**  | **Agencja Badań Medycznych** |
| **Tytuł Projektu**  | **„Akademia Badań Klinicznych – rozwój kompetencji zespołów badawczych w podmiotach leczniczych świadczących usługi szpitalne oraz lekarzy zatrudnionych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej”** |
| **Numer umowy**  | **POWR. 05.02.00-00-0008/19-00/3539/2020/133**  |
| **Nazwa Programu Operacyjnego**  | **Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS)**  |
| **Numer i nazwa Osi Priorytetowej w ramach Programu Operacyjnego**  | **V. Wsparcie dla obszaru zdrowia**  |
| **Numer i nazwa Działania w ramach Osi Priorytetowej**  | **5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych**  |

|  |  |
| --- | --- |
|  **Nazwa szkolenia:**  | **Warsztaty z zakresu niekomercyjnych badań klinicznych dla farmaceutów** |
| **Organizator szkolenia:**  | **Agencja Badań Medycznych**  |
| **Miejsce i data szkolenia:**  |

|  |
| --- |
| **DANE KANDYDATKI/KANDYDATA** |
| Imiona:  | Nazwisko:  |
| Płeć:  | Data urodzenia (DD/MM/RRRR):  |
| PESEL:  | Telefon:  |
| Nazwa miejsca pracy/instytucji/organizacji:  |
| Specjalne potrzeby:  |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie (DD-MM-RRRR) – **wypełnia realizator projektu** |
| **DANE DOTYCZĄCE MIEJSCA ZAMIESZKANIA**  |
| Ulica:  | Nr domu/Nr lokalu:  |
| Miejscowość:  | Kod pocztowy:  |
| Poczta:  | Województwo:  |
| Powiat:  | Gmina:  |
| **Dane kontaktowe:**  |
| Adres e-mail:  |
| Dane do korespondencji, jeśli są inne niż miejsce zamieszkania:  |

|  |  |
| --- | --- |
| **WYKSZTAŁCENIE** | ❑ Brak (ISCED 0) – brak formalnego wykształcenia ❑ Podstawowe (ISCED 1) – kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) ❑ Gimnazjalne (ISCED 2) – kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) ❑ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) – kształcenie ukończone na poziomie: ❑ średnie zawodowe ❑ średnie ogólnokształcące ❑ zasadnicze zawodowe ❑ Policealne (ISCED 4) – kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym ❑ Wyższe (ISCED 5-8) – kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich  |
| **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 ❑ 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  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonywany zawód\*/\*\*:** |  |
| **Zatrudniony w\*\*:** |  |

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

\*\*na dzień wypełnienia niniejszego formularza

|  |
| --- |
| **SZCZEGÓLNA SYTUACJA** |
| Należy zaznaczyć znakiem „X” właściwe pole w każdym z wierszy poniżej  |
| Należę do mniejszości narodowej lub etnicznej, jestem migrantem, jestem osobą obcego pochodzenia (dane wrażliwe).  | ❑ TAK ❑ NIE ❑ Odmawiam odpowiedzi  |
| Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań (dane wrażliwe).  | ❑ TAK ❑ NIE ❑ Odmawiam odpowiedzi  |
| Jestem osobą z niepełnosprawnościami (należy dołączyć odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia) (dane wrażliwe) \*  | ❑ TAK ❑ NIE ❑ Odmawiam odpowiedzi  |
| Osoba z innej niekorzystnej sytuacji społecznej.  | ❑ TAK ❑ NIE ❑ Odmawiam odpowiedzi  |

\*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.

**Rezygnacja z udziału w szkoleniu**

1. Uczestniczka/Uczestnik szkolenia akceptuje poniższe warunki rezygnacji z udziału w szkoleniu.

2. Uczestniczka/Uczestnik szkolenia może zgłosić rezygnację z udziału w szkoleniu.

3. Rezygnacji ze szkolenia można dokonać na 14 dni przed wyznaczonym terminem szkolenia, na dwa sposoby w formie pisemnej na adres e-mail: farmaceuta@50Bio.com

4. W przypadku złożenia rezygnacji na 14 dni przed wyznaczonym terminem szkolenia, Uczestniczka/Uczestnik nie ponosi żadnych kosztów z tytułu zapewnienia cateringu.

**OŚWIADCZENIE**

1. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/ny, iż Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. **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 PROJEKTU* |