# Załącznik nr 2

# do Regulaminu praktyk oraz zasad uczestnictwa w projekcie pn. ”Studiuj Pielęgniarstwo w PWSZ w Gnieźnie”

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**pn.„Studiuj Pielęgniarstwo w PWSZ w Gnieźnie”**

realizowanym w ramach POWER 2014-2020

**Forma wsparcia:**

* **wykłady dodatkowe wykraczające poza standardowy program kształcenia,**
* **płatne obowiązkowe praktyki zawodowe,**
* **ponadprogramowe płatne praktyki zawodowe**

**DANE UCZESTNIKA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **Proszę wpisać lub wybrać właściwe** | |
| **Imię(imiona)** |  | |
| **Nazwisko** |  | |
| **Płeć** | **Kobieta** |  |
| **Mężczyzna** |  |
| **PESEL** |  | |
| **Wiek w chwili przystąpienia do projektu** |  | |
| **Numer albumu** |  | |
| **Ulica/ Nr domu/ Nr lokalu** |  | |
| **Miejscowość** |  | |
| **Kod pocztowy** |  | |
| **Województwo** |  | |
| **Powiat** |  | |
| **Gmina** |  | |
| **Telefon kontaktowy** |  | |
| **Adres e-mail** |  | |
| **Wykształcenie** |  | |

**SZCZEGÓŁY WSPARCIA:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Status kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (proszę wybrać 1 z 4 opcji)** | | | |
| ☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym:   * osoba długotrwale bezrobotna * inne | ☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym:   * osoba długotrwale bezrobotna * inne | ☐ osoba bierna zawodowo w tym:   * inne * osoba ucząca się * osoba nieuczestnicząca w szkoleniu lub kształceniu | ☐ osoba pracująca w tym:   * osoba pracująca w administracji rządowej * osoba pracująca w administracji samorządowej * inne * osoba pracująca w MMŚP (małe lub średnie przedsiębiorstwo) * osoba pracująca w administracji pozarządowej * osoba prowadząca działalność na własny rachunek * osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie   Wykonywany zawód: (proszę wybrać jeden)   * inny * pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia * kluczowy pracownik instytucji pomocy integracji społecznej * pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej * pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej * instruktor praktycznej nauki zawodu * nauczyciel kształcenia ogólnego * nauczyciel wychowania przedszkolnego * nauczyciel kształcenia zawodowego * pracownik instytucji rynku pracy * pracownik instytucji szkolnictwa wyższego * pracownik wsparcia ekonomii społecznej * rolnik |
| **STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | | | |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia**  ☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji | | | |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań**  ☐ Tak ☐ Nie | | | |
| **Osoba z niepełnosprawnościami**  ☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji  **Jeżeli tak, czy jest to niepełnosprawność ruchowa?**  ☐ Tak ☐ Nie | | | |
| **Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących**  ☐ Tak ☐ Nie  **Jeśli tak, to czy w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu**  ☐ Tak ☐ Nie | | | |
| **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 ☐ Odmowa podania informacji | | | |
| Oświadczam że:   1. deklaruję udział w projekcie pn. „Studiuj Pielęgniarstwo w PWSZ w Gnieźnie”realizowany w ramach POWER 2014-2020, nr projektu: POWR.05.03.00-00-0045/17-00, 2. zostałem(-am) poinformowany(-a), że projekt pod nazwą„Studiuj Pielęgniarstwo w PWSZ w Gnieźnie”jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, 3. zapoznałem/-am się z Regulaminem praktyk oraz zasad uczestnictwa  w projekcie pn. ”Studiuj Pielęgniarstwo w PWSZ w Gnieźnie” i zobowiązuję się do jego przestrzegania. 4. oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w przedmiotowym Projekcie, 5. wyrażam zgodę na wykorzystywanie zdjęć i filmów z moim wizerunkiem, wykonywanych podczas działań realizowanych w ramach przedmiotowego Projektu dla celów promocyjnych Projektu, 6. wyrażam zgodę na wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby realizacji Projektu zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych, 7. zobowiązujęsię do uczestnictwa w monitoringu Projektu, w szczególności do wypełnienia niezbędnych ankiet i formularzy, 8. dane podane w Deklaracji uczestnictwa w Projekcie i w załącznikach są zgodne z prawdą – jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą wynikającej z Kodeksu Karnego. | | | |

………………………………………… …………………………………………………………………………

*Miejscowość,data Czytelny podpis Uczestnika Projektu*