**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

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

realizowanym w ramach POWER 2014-2020

**Forma wsparcia:**

* **kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa onkologicznego,**

**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. oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w przedmiotowym Projekcie,
4. wyrażam zgodę na wykorzystywanie zdjęć i filmów z moim wizerunkiem, wykonywanych podczas działań realizowanych w ramach przedmiotowego Projektu dla celów promocyjnych Projektu,
5. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).
6. zobowiązuję się do uczestnictwa w monitoringu Projektu, w szczególności do wypełnienia niezbędnych ankiet i formularzy,
7. 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 kursu*