



**Załącznik nr 2
do Regulaminu praktyk
oraz zasad uczestnictwa
w projekcie pn. "Studium
Pielęgniarstwo w PWSZ
w Gnieźnie"**

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
pn. „Studium 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)			
<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo w tym: <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w szkoleniu lub kształceniu	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w tym: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP (małe lub średnie przedsiębiorstwo) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie Wykonywany zawód: (proszę wybrać jeden) <input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> rolnik
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU			
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia			
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji			
Osoba bezdomna 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			
Jeżeli tak, czy jest to niepełnosprawność ruchowa?			
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie			
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących			
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> 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. „Studium 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 „Studium 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. „Studium 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. zobowiązuję się 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