 

**Program operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020**

**„Profilaktyka nowotworów głowy i szyi”**

Deklaracja uczestnictwa w Projekcie dla Kadry Medycznej

– dla uczestników szkoleń

**Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w szkoleniu w terminie (można wybrać tylko jedną odpowiedź):**

* **21.09.2017 – Radom**
* **25.09.2017 – Siedlce**
* **28.09.2017 – Ostrołęka**
* **11.10.2017 – Radom**
* **18.10.2017 – Ostrołęka**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | L.P. | NAZWA | **DANE UCZESTNIKA PROJEKTU** | | | | | | | | | | | |
| DANE UCZESTNIKA | 1 | IMIĘ |  | | | | | | | | | | | |
| 2 | NAZWISKO |  | | | | | | | | | | | |
| 3 | PESEL |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 4 | WYKSZTAŁECENIE | \*POLICEALNE | | | | | \*WYŻSZE | | | | | | |
| DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA | 5 | Adres zamieszkania (ulica, nr budynku/lokalu) |  | | | | | | | | | | | |
| 6 | Kod pocztowy/ Miejscowość |  | | | | | | | | | | | |
| 7 | Telefon kontaktowy |  | | | | | | | | | | | |
| 8 | Adres e-mail |  | | | | | | | | | | | |
| 9 | Powiat/ Gmina |  | | | | |  | | | | | | |
| STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU | Zatrudniona | | \* samozatrudniony/-a \* W mikroprzedsiębiorstwie \* W małym przedsiębiorstwie \* W średnim przedsiębiorstwie \* W dużym przedsiębiorstwie \* W administracji publicznej \* inne | | | | | | | | | | | |
|
|
|
| Zawód | |  | | | | | | | | | | | |
| Miejsce pracy (nazwa firmy, w której jest Pan/-i zatrudniona) | |  | | | | | | | | | | | |
| Województwo | |  | | | | | | | | | | | |
| Czy należy Pan/-i 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 | | | | | \*ODMOWA PODANIA INFORMACJI | | | |
| Osoba z niepełnosprawnościami | | \*TAK | | | \*NIE | | | | | \*ODMOWA PODANIA INFORMACJI | | | |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących | | \*TAK | | | \*NIE | | | | | \*ODMOWA PODANIA INFORMACJI | | | |
| Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu | | \*TAK | | | \*NIE | | | | | \*ODMOWA PODANIA INFORMACJI | | | |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) | | \*TAK | | | \*NIE | | | | | \*ODMOWA PODANIA INFORMACJI | | | |
| Oświadczam, iż jestem lekarzem/-rką, pielęgniarzem/-rką oraz jestem zatrudniony/-a w Placówce POZ wybranej do udziału w projekcie | | | \*TAK | | | \*NIE | | | | | \*ODMOWA PODANIA INFORMACJI | | | |
| Oświadczam, iż deklaruję swój udział w projekcie w działaniach informacyjno-edukacyjnych | | | \*TAK | | | \*NIE | | | | | \*ODMOWA PODANIA INFORMACJI | | | |

**\*Niepotrzebne skreślić**

…………………………………………………. …………………………………………………

MIEJSCE I DATA PODSPIS