 

**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