|  |
| --- |
|  Data wpływu do Organizatora: ………………………… Przyznane punkty …………………………………..  |
| Projekt: „**Wsparcie kształcenia pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych w Polsce**”w ramach Działania 01.12 Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 (FERS) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, nr FERS.01.12-IP.07-0001/25 |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI PO ZAREJESTROWANIU W SMK |
| Obywatelstwo  | ❒ obywatelstwo polskie❒ brak polskiego obywatelstwa - obywatel kraju UE❒ brak polskiego obywatelstwa lub UE - obywatel kraju spoza UE / bezpaństwowiec |
| Imię |  | Nazwisko |  |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Wykształcenie | ❒ średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)❒ ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)❒ wyższe (ISCED 5-8) |
| Tel. kontaktowy |  | E-mail |  |
| DANE ADRESOWE |
| Kraj |  | Województwo |  |
| Powiat |  | Gmina |  |
| Kod pocztowy |  | Miejscowość |  |
| **1. Zakres wsparcia projektowego** |
| * 1. Nazwa i edycja wybranego kursu
 |  |
| 1.2 Rejestracja w okręgowym rejestrze pielęgniarek /okręgowym rejestrze położnych oraz nazwa Izby  | □ TAK □ NIEOIPiP w …………………………………………….. |
| 1.3 Numer prawa wykonywania zawodu |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| 1.4 Staż pracy w zawodzie pielęgniarki/położnej (liczba lat lub miesięcy) |  |
| **2. Status kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć odpowiednio x):** |
| **2.1 Osoba bezrobotna:** □ **TAK,** w tym: □ **NIE**  □ Osoba długotrwale bezrobotna (nieprzerwanie przez min. 12 m-y) □ inne |
| **2.2 Osoba bierna zawodowo:** □ **TAK,** w tym: □ **NIE**  □ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  □ osoba ucząca się/odbywająca kształcenie □ inne |
| **2.3 Osoba pracująca:** □ **TAK** □ **NIE** |
|  **Jeżeli TAK (osoba pracująca) należy zaznaczyć jedną odpowiedź poniżej:** |
|  □ prowadząca/y działalność na własny rachunek □ pracująca/y w administracji samorządowej (z  wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) □ pracująca/y w organizacji pozarządowej □ pracująca/y w MMŚP □ pracująca/y w dużym przedsiębiorstwie □ pracująca/y w podmiocie wykonującym działalność  leczniczą □ pracująca/y w szkole lub placówce oświaty (kadra  pedagogiczna) □ pracująca/y w szkole lub placówce systemu  oświaty (kadra niepedagogiczna) |  □ pracująca/y w szkole lub placówce systemu oświaty  (kadra zarządzająca) □ pracująca/y na uczelni □ pracująca/y w instytucie naukowym □ pracująca/y w instytucie badawczym □ pracująca/y w instytucie działających Sieci Badawczej  Łukasiewicz □ pracująca/y w międzynarodowym instytucie naukowym □ pracująca/y dla federacji podmiotów systemu  szkolnictwa wyższego i nauki □ pracująca/y na rzecz państwowej osoby prawnej  □ inne (jakie?) ………………………………… |
| **2.4 Uczestnik/uczestniczka jest przedsiębiorcą** w rozumieniu Ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz.U.2021.0.162). | □ TAK □ NIE**WAŻNE**: w przypadku odpowiedzi twierdzącej należy dołączyć Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis |
| **3. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć odpowiednio x):** |
| 3.1 Osoba obcego pochodzenia |  🞏 TAK |  🞏 NIE |
| 3.2 Osoba państwa trzeciego |  🞏 TAK |  🞏 NIE |
| 3.3 Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |  🞏 TAK |  🞏 NIE |
| 3.4 Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) |  🞏 Odmowa podania informacji |  🞏 TAK |  🞏 NIE |
| 3.5 Osoba z niepełnosprawnościami |  🞏 Odmowa podania informacji |  🞏 TAK |  🞏 NIE |
| **4. Specjalne potrzeby, należy zaznaczyć w sytuacji potrzeby dostosowania wsparcia do specyficznych potrzeb Uczestnika/Uczestniczki:** |
| 4.1 Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową – jakie?:……………………………………………………………………………………………………………………………………….. |  🞏 TAK | 🞏 NIE |
| 4.2 Zapewnienie tłumacza migowego |  🞏 TAK | 🞏 NIE |
| 4.3 Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką |  🞏 TAK | 🞏 NIE |
| 4.4 Inne specjalne potrzeby (np. dieta zalecona z przyczyn zdrowotnych, itp.) - proszę opisać jakie:………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  🞏 TAK | 🞏 NIE |

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam(em) się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie oraz zasadami przetwarzania moich danych osobowych w związku z rekrutacją i udziałem w projekcie „Wsparcie kształcenia pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych w Polsce” i nie zgłaszam sprzeciwu wobec przedstawionych informacji.

2. Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, potwierdzam prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji.

 …………………….…………. …………………….…………

 *Miejscowość i data Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki*