|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 □ NIE  OIPiP 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*