

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY¹

Tytuł projektu: „Efektywne i nowoczesne kształcenie w monoprofilowym centrum symulacji medycznej na kierunku pielęgniarstwo w PWSZ w Nysie”
Nr projektu: POWR.05.03.00-00-0022/19
Priorytet V. Wsparcie dla obszaru zdrowia
Działanie 5.3. Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych

**DANE UCZESTNIKÓW PROJEKTÓW,
KTÓRZY OTRZYMUJĄ WSPARCIE W RAMACH EFS**

DANE UCZESTNIKA	
Imię (imiona)	
Nazwisko	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Wiek w chwili przystępowania do projektu	
PESEL	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Wyższe <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe
Średnia ocen ²	
Kierunek i semestr studiów	
DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA	
Ulica	
Nr domu	
Nr lokalu	
Miejscowość	
Obszar	<input type="checkbox"/> Obszar miejski <input type="checkbox"/> Obszar wiejski
Kod pocztowy	
Województwo	
Powiat	
Gmina	

¹ Prosimy wypełniać czytelnie i drukowanymi literami.

² Średnia ocen II roku studiów (dla studentów III roku); średnia ocen I roku studiów (dla studentów II roku).

Telefon stacjonarny	
Telefon komórkowy	
Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
STATUS SPOŁECZNY I EKONOMICZNY UCZESTNIKA (zaznacz X)	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> Aktywny zawodowo <input type="checkbox"/> Bierny zawodowo
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
ZAANGAŻOWANIE W ROZWÓJ UCZELNI (zaznacz X)	
Należę do koła naukowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem członkiem samorządu studenckiego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Inne	
DANE DOTYCZĄCE WSPARCIA³	
Rodzaj przyznanego wsparcia	
Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Data zakończenia udziału w projekcie	
Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie	

1. Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie „Efektywne i nowoczesne kształcenie w monoprofilowym centrum symulacji medycznej na kierunku pielęgniarstwo w PWSZ w Nysie”.
2. Oświadczam, że podane wyżej dane są zgodne z prawdą.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby monitoringu i ewaluacji POWER.
4. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności, uprawniające mnie do udziału w projekcie, tj. jestem studentem/studentką kierunku pielęgniarstwo, studiów stacjonarnych I stopnia w PWSZ w Nysie; w przypadku rekrutacji na dodatkowe zajęcia wykraczające poza standardowy program kształcenia w zakresie zmieniających się trendów epidemiologicznych i demograficznych -jestem studentem/studentką roku III (nabór 2018/2019) / roku III (nabór 2019/2020).
5. Wyrażam zgodę na badania ankietowe przed, w czasie, po zakończeniu udziału w projekcie.
6. Oświadczam, że zostałem poinformowany o finansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
7. Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku w projekcie.

Pouczenie: uczestnik ponosi odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, co wynika z ogólnych przepisów Kodeksu Cywilnego.

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis

³ Nie wypełniać. Wskazane informacje w tej sekcji zostaną uzupełnione przez pracownika Biura Projektu.