**Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie**

……………………………………

 *(Miejscowość, data)*

**Formularz zgłoszeniowy z deklaracją uczestnictwa**

Projekt „Doskonalenie jakości zarządzania w centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa” Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, Osi Priorytetowej V Wsparcie dla obszaru zdrowia Działanie 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych -nr porozumienia: POWR.05.02.00-00-0002/21-00.

**Uwagi*:***

1. przed rozpoczęciem wypełniania formularza zgłoszeniowego do projektu należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji
i uczestnictwa w projekcie;
2. w przypadku odręcznego wypełniania formularza zgłoszeniowego należy pisać czytelnie w języku polskim, drukowanymi literami bez skreśleń i podpisać formularz we wskazanych miejscach; w przypadku dokonania skreśleń należy postawić parafkę (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź;
3. należy wypełnić wszystkie wymagane rubryki formularza zgłoszeniowego;
4. w przypadku gdy któraś z części formularza nie dotyczy, należy wpisać „NIE DOTYCZY”;
5. w miejscu  należy zaznaczyć właściwą odpowiedź „krzyżykiem” X;
6. oryginał formularza wraz z załącznikami nie podlega zwrotowi (zaleca się wykonanie ich kopii).

|  |
| --- |
| 1. **Dane identyfikacyjne uczestnika lub uczestniczki projektu**
 |
| **Imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **Płeć:** | ** kobieta** |
| ** mężczyzna** |
| **PESEL:** |  |
| 1. **Dane kontaktowe**
 |
|  |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr budynku:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Obszar według urbanizacji (DEGURBA - https://stat.gov.pl/statystyka-regionalna/jednostki-terytorialne/unijne-typologie-terytorialne-tercet/stopien-urbanizacji-degurba/)** | ** Miasto (obszary gęsto zaludnione)**** Małe miasto i przedmieścia (obszary o średniej gęstości zaludnienia)**** Obszary wiejskie (obszary słabo zaludnione)** |
| **Służbowy telefon kontaktowy:** |  |
| **Służbowy adres poczty elektronicznej:** |  |
| 1. **Kryteria kwalifikacji**
 |
| **Miejsce pracy (nazwa centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa):** |  |
| **Nazwa Działu (komórki organizacyjnej, w której pracuje kandydat lub kandydatka)** |  |
| **Zawód:** |  |
| **Podstawa zatrudnienia:** | ** umowa o pracę na czas nieokreślony/określony** |
| ** umowa zlecenia**  |
| **Wyksztalcenie** | ** podstawowe (ISCED-1)** |
| ** gimnazjalne (ISCED-2)** |
| ** ponadgimnazjalne (ISCED-3)** |
| ** policealne (ISCED-4)** |
| ** wyższe (ISCED 5-8)** |
| **Staż pracy (w przypadku umów zlecenia należy wskazać łączny okres świadczenia usług na podstawie wszystkich umów zlecenia zawartych z centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa):** |  |
| **Zajmowane stanowisko**  | ** stanowisko kierownicze** |
| ** stanowisko inne niż kierownicze** |
| **Szkolenie w ramach:** | ** zadania 1** | ** 11 października**** 12 października**** 20 października**** 23 października** ** 9 listopada** |
| ** zadania 3** | ** 17 października**** 18 października**** 24 października**** 25 października****(część medyczna)** |
| ** 30 listopada** **(część marketingowo-logistyczna)** |
| 1. **Dane dodatkowe uczestnika lub uczestniczki projektu związane ze specjalnymi potrzebami (podanie tych danych jest dobrowolne)**
 |
| **Osoba z niepełnosprawnościami (konieczność stosowania mechanizmów usprawnień):** | ** tak** |
| ** nie** |
| 1. **Pozostałe informacje**
 |
| **Informacje o projekcie uzyskałem/uzyskałam:** | ** za pośrednictwem strony internetowej NCK, MZ, centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, w którym pracuję**  |
| ** za pośrednictwem mediów społecznościowych** |
| ** za pośrednictwem poczty elektronicznej** |
| ** na spotkaniu informacyjno-organizacyjnym** |
| ** w inny sposób (jaki?)** |

1. **Deklaracja uczestnictwa**

**Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że:**

1. zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Doskonalenie jakości zarządzania
w centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa” Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, Osi Priorytetowej V Wsparcie dla obszaru zdrowia Działanie 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych -nr porozumienia: POWR.05.02.00-00-0002/21-00 realizowanego przez Narodowe Centrum Krwi jako Beneficjenta we współpracy z Instytutem Hematologii i Transfuzjologii jako Partnerem, akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/uprawniona do uczestnictwa w tym projekcie;
2. spełniam wszystkie wymogi formalne i zasady udziału określone w Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie;
3. zostałem poinformowany/poinformowana o:
4. możliwości odmowy podania danych szczególnych kategorii w rozumieniu art. 9 ust. 1 RODO (pkt 4 tabeli Dane dodatkowe uczestnika lub uczestniczki projektu związane ze specjalnymi potrzebami);
5. obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Prowadzącego rekrutację oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej;
6. o obowiązku potwierdzenia prawdziwości przekazanych danych na żądanie uprawnionych organów kontroli;
7. o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
8. oświadczam, że dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym oraz ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
9. wyrażam zgodę na wykorzystywanie mojego wizerunku, zgodnie z art. 81 ust.1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 o prawie autorskim prawach pokrewnych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2509) do celów promocyjnych projektu - **TAK/NIE** (*należy zaznaczyć właściwe*).

 ……………..…………………….……………………

 *Czytelny podpis Uczestnika lub Uczestniczki Projektu*