*Załącznik nr 1 do Regulaminu*

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU NR FERS.01.13-IP.07-0002/24**

**„Szkolenie specjalizacyjne dla osób wykonujących zawód fizjoterapeuty i farmaceuty”,**

**należy wypełnić drukowanymi literami[[1]](#footnote-1)**

|  |
| --- |
| **Pouczenie:** Uczestnik ponosi odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, co wynika z ogólnych przepisów Kodeksu Cywilnego. |
| Grupa zawodowa (właściwe zaznaczyć):* Fizjoterapeuta
* Farmaceuta
 |
| **1. Dane uczestnika** |
| Imię i nazwisko |  |
| Nazwisko rodowe |  |
| Obywatelstwo |  |
| PESEL |  |
| Wykształcenie posiadane (zaznaczyć właściwe | POZIOM WYKSZTAŁCENIE TYPY SZKÓŁ * ISCED 1 podstawowe - Szkoła podstawowa
* ISCED 2 gimnazjalne - Gimnazjum
* ISCED 3 ponadgimnazjalne - Liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa
* ISCED 4 policealne - Szkoły policealne
* ISCED 5 – 8 wykształcenie wyższe
 |
| **2. Dane kontaktowe** |
| Województwo  |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| Telefon kontaktowy  |  |
| Adres e-mail  |  |
| **3. Informację o szkoleniu specjalizacyjnym**  |
| **Szkolenie Specjalizacyjne w dziedzinie ( właściwe zaznaczyć)** | * **Fizjoterapii**
* **Farmacji Szpitalnej**
* **Farmacji Klinicznej**
 |
| **Nazwa Jednostki Szkolącej** |  |
| **Adres Jednostki Szkolącej (kod pocztowy, miejscowość, ulica)** |  |
| **Data skierowania do rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego (DD-MM-RRRR)**  |  |
| **Data rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego (DD-MM-RRRR) (jeżeli dotyczy)** |  |

|  |
| --- |
| **4. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu** |
| Status na rynku pracy (zaznaczyć właściwe) | 1. **Osoba bezrobotna , w tym:**
* Osoba długotrwale bezrobotna
* Inne …………………..
1. **Osoba bierna zawodowo, w tym:**
* Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
* Osoba ucząca się/ odbywająca kształceniu
* Inne …………………..
1. **Osoba pracująca, w tym:**
* Osoba prowadząca działalność na własny rachunek
* Osoba pracująca w administracji rządowej
* Osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty]
* Osoba pracująca w organizacji pozarządowej
* Osoba pracująca w MMŚP
* Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
* Osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą
* Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)
* Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)
* Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)
* Osoba pracująca na uczelni
* Osoba pracująca w instytucie naukowym
* Osoba pracująca w instytucie badawczym
* Osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz
* Osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym
* Osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki
* Osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej
* Inne (jake) …………………..
 |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej ( w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie) lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | * Tak
* Nie
 |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | * Tak
* Nie
 |
| Osoba z niepełnosprawnościami | * Tak
* Nie
* Odmowa podania informacji
 |
| Czy w związku z powyższą informacją zgłasza Pan/Pani specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności | * Tak (jakie) …………………..
* Nie
 |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | * Tak
* Nie
* Odmowa podania informacji
 |
| **5. Deklaracje, oświadczenia\*** |
| Ja niżej podpisany/a oświadczam, że1. Przyjmuję do wiadomości informacje, o których mowa w art. 13 i art. 14 RODO (zgodnie z załącznikiem 2a i 2b do Regulaminu) oraz wyrażamzgodę na przetwarzanie wyżej wymienionych kategorii moich danych osobowych w zakresie i w związku z realizacją Projektu przez;
2. Ministra Zdrowia (Beneficjenta), ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa;
3. Ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego pełniącego funkcję Instytucji Zarządzającej FERS ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
4. Oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym, załączone dokumenty oraz ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
5. Oświadczam, iż załączona kopie/skany dokumentów są zgodne z oryginałem;
6. Będąc świadomym(-ą) odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 297 ust. 1 Kodeksu karnego, oświadczam, iż dane podane w niniejszym Formularzu są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.
 |
| **PODPIS** | …………………………………………………………………….. |
| Data |  |
|  |

1. W przypadku wersji papierowej [↑](#footnote-ref-1)