*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, że   1. 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)