

Załącznik nr 2 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY Z DEKLARACJĄ UCZESTNICTWA

- I. Zakres danych nt. uczestników projektów współfinansowanych z EFS gromadzonych w centralnym systemie teleinformatycznym:
- szczegóły wsparcia (planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia, wykonywany zawód, zatrudniony w, sytuacja po zakończeniu wsparcia, inne rezultaty dot. osób młodych, rodzaj otrzymanego wsparcia, data założenia działalności gospodarczej, kwota środków przyznanych na założenie działalności gospodarczej, PKD)
 - status uczestnika projektu (przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantów, obce pochodzenie, bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe, niepełnosprawność, niekorzystna sytuacja społeczna)

Projekt nr POWR.05.02.00-00-0003/20 pn. „Wsparcie procesów dotyczących dawstwa narządów i tkanek poprzez opracowanie i wdrożenie szpitalnego systemu jakości dawstwa i standardów akredytacyjnych oraz wzmocnienie kompetencji szpitalnych koordynatorów dawstwa i kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi”, realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

1. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA PROJEKTU	
Dane uczestnika:	
Imię:	
Nazwisko:	
Płeć	KOBIETA: <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA: <input type="checkbox"/>
PESEL:	
Wiek w chwili przystępowania do projektu	
Wykształcenie	PODSTAWOWE (ISCED-1) <input type="checkbox"/> GIMNAZJALNE (ISCED-2) <input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) <input type="checkbox"/> POLICEALNE (ISCED-4) <input type="checkbox"/> WYŻSZE (ISCED-5-8) <input type="checkbox"/>
Dane kontaktowe:	
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	miasto <input type="checkbox"/> / małe miasto i przedmieście <input type="checkbox"/> / obszar wiejski <input type="checkbox"/>
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	
2. SZCZEGÓŁY WSPARCIA	

Data rozpoczęcia udziału w projekcie*			
Data zakończenia udziału w projekcie*			
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	OSOBA BIERNIA ZAWODOWO <input type="checkbox"/>	OSOBA PRACUJĄCA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne	
	OSOBA UCZĄCA SIĘ <input type="checkbox"/>	INNE <input type="checkbox"/>	
Wykonywany zawód	Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia		
Zatrudniony w			
Sytuacja po zakończeniu wsparcia, w tym wykonywany zawód, zatrudniony w			
Rodzaj otrzymanego wsparcia*	szkolenie		
3. STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU			
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	ODMOWA UDZIELENIA INFORMACJI <input type="checkbox"/>
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	TAK <input type="checkbox"/>		NIE <input type="checkbox"/>
Osoba z niepełnosprawnościami	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	ODMOWA UDZIELENIA INFORMACJI <input type="checkbox"/>
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	ODMOWA UDZIELENIA INFORMACJI <input type="checkbox"/>

*wypełnia Zespół projektowy

- II. **DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE pn. „Wsparcie procesów dotyczących dawstwa narządów i tkanek poprzez opracowanie i wdrożenie szpitalnego systemu jakości dawstwa i standardów akredytacyjnych oraz wzmocnienie kompetencji szpitalnych koordynatorów dawstwa i kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi”, nr POWR.05.02.00-00-0003/20, realizowanym przez Lidera Projektu: Departament Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia wraz z Partnerem Projektu: Centrum**

Organizacyjno-Koordynacyjnym ds. Transplantacji "Poltransplant", w ramach V Osi priorytetowej pn. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) na lata 2014-2020, Działania 5.2 pn. Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż:

1. zapoznałem/am się z Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Wsparcie procesów dotyczących dawstwa narządów i tkanek poprzez opracowanie i wdrożenie szpitalnego systemu jakości dawstwa i standardów akredytacyjnych oraz wzmocnienie kompetencji szpitalnych koordynatorów dawstwa i kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi”, nr POWR.05.02.00-00-0003/20, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia, akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim;
2. spełniam wszystkie wymogi formalne i zasady udziału określone w Regulaminie Projektu;
3. zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020;
4. zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
5. wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych;
6. zostałem poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia;
7. zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Konsorcjum Miami Design Sp. z o.o. & MP PERFECT Paweł Mitura, ul. Kwiatowa 12/14/16 lok 40, NIP: 5272419514, 02-579 Warszawa oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej;
8. zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
9. oświadczam, że dane zawarte w Kwestionariuszu Osobowym/Formularzu Zgłoszeniowym oraz ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY/ ELEKTRONICZNY PODPIS
UCZESTNIKA PROJEKTU