



Projekt pn. „Podniesienie kompetencji zawodowych pracowników systemu ochrony zdrowia w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży” nr umowy POWR. 05.04.00-00-0177/19-00/1208/2019/943

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY WRAZ Z KWESTIONARIUSZEM OSOBOWYM UCZESTNIKA PROJEKTU

DANE UCZESTNIKA			
Kraj			
Imię		Nazwisko	
Pesel		Płeć	Kobieta      Mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu			
Wykształcenie			
Gimnazjalne	Policealne	Ponadgimnazjalne	Wyższe
DANE KONTAKTOWE			
Województwo	Powiat	Gmina	
Miejscowość	Ulica	Nr budynku	Nr lokalu
Kod pocztowy	Nr telefonu	Email	
SZCZEGÓŁY WSPARCIA			
<b>Zatrudniony</b>	Osoba pracująca w administracji rządowej		
	Osoba pracująca w administracji samorządowej		
	Inne		
	Osoba pracująca w MMŚP		
	Osoba pracująca w organizacji pozarządowej		
	Osoba prowadząca działalność na własny rachunek		
	Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie		
<b>Wykonywany zawód</b>	Inny		
	Instruktor praktycznej nauki zawodu		
	Nauczyciel kształcenia ogólnego		
	Nauczyciel wychowania przedszkolnego		
	Nauczyciel kształcenia zawodowego		
	Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia		
	Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej		
	Pracownik instytucji rynku pracy		
	Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego		
	Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej		
	Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej		
	Pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej		
Rolnik			
<b>Miejsce pracy</b>			



Projekt pn. „Podniesienie kompetencji zawodowych pracowników systemu ochrony zdrowia w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży” nr umowy POWR. 05.04.00-00-0177/19-00/1208/2019/943

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	Nie
	Odmowa podania informacji
	Tak
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	Nie
	Tak
Osoba z niepełnosprawnościami	Nie
	Odmowa podania informacji
	Tak
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)	Nie
	Odmowa podania informacji
	Tak

**Zgłaszam chęć udziału w\*:**

- Zadaniu nr 1 lub nr 5** Przeprowadzenie szkolenia w ramach specjalizacji z psychoterapii dzieci i młodzieży;
- Zadaniu nr 2 lub nr 6** Przeprowadzenie kursu szkoleniowego z terapii środowiskowej dzieci i młodzieży;
- Zadaniu nr 3 lub nr 7** Przeprowadzenie kursu dokształcającego dla lekarzy;
- Zadaniu nr 4** Przeprowadzenie szkolenia w ramach specjalizacji z psychologii klinicznej dla psychologów.

**Oświadczam, że:**

- Zostałem/am poinformowany/a, iż projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.
- Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń i jednocześnie potwierdzam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą,
- Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
- Akceptuję fakt, że złożone przeze mnie dokumenty rekrutacyjne nie są równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/-a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Organizatora Projektu.
- Zapoznałem/-am się z Regulaminem w/w Projektu i spełniam zawarte w nim warunki uczestnictwa w Projekcie.
- Deklaruję uczestnictwo w projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora Projektu.
- Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu dla potrzeb realizacji PO WER, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.).
- Zostałem/-am poinformowany o możliwości odmowy podania danych wrażliwych oraz o obowiązku przekazania danych po zakończeniu projektu potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu bezpośredniego do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie oraz możliwości przyszłego udziału w badaniu ewaluacyjnym.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (email).

.....

DATA, CZYTELNY PODPIS

\* właściwe podkreślić