

PERSONEL MEDYCZNY SKŁADAJĄCY FORMULARZ <i>(proszę zaznaczyć właściwe)</i>			
<input type="checkbox"/> Lekarz POZ	<input type="checkbox"/> Pielęgniarka POZ	<input type="checkbox"/> Pielęgniarka poradni specjalistycznej AOS	<input type="checkbox"/> Koordynator szpitalny

**Wypełnia personel projektu:**

1	Data rozpoczęcia udziału w projekcie		
2	Data zakończenia udziału w projekcie		
3	Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

### PERSONELU MEDYCZNEGO DELEGOWANEGO DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

„Zdrowe kości do starości – program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim”  
(Niniejszy dokument wypełnia każdy uczestnik osobno przy pierwszym zgłoszeniu do udziału w projekcie – białe pola;  
PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE, DRUKOWANYMI LITERAMI ORAZ PODPISAĆ W MIEJSCACH WYZNACZONYCH)

**Wypełnia uczestnik projektu:**

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU											
Imię (imiona) i nazwisko											
Płeć		<input type="checkbox"/> Kobieta					<input type="checkbox"/> Mężczyzna				
PESEL											
Data i miejsce urodzenia											
Wiek w chwili przystąpienia do projektu <i>(liczba skończonych lat w momencie wypełniania dokumentów rekrutacyjnych)</i>											
Wykształcenie		<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0)									
		<input type="checkbox"/> 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)									

DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA PROJEKTU				
<b>Adres zamieszkania</b> <i>(miejsce zamieszkania osoby fizycznej, w rozumieniu KC, jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu)</i>	Województwo		Kod pocztowy	
	Powiat		Ulica	
	Gmina		Nr budynku	
	Miejscowość		Nr lokalu	
<b>Telefon kontaktowy</b>				
<b>Adres poczty elektronicznej (e-mail)</b>				
SZCZEGÓŁY WSPARCIA				
<b>Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu</b>	<input type="checkbox"/> <b>osoba pracująca lub prowadząca działalność gospodarczą w tym:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP (mikro, małe, średnie przedsiębiorstwa)</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie</li> <li><input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> </ul>			
<b>Miejsce zatrudnienia (nazwa pracodawcy lub własnej działalności)</b>	<i>Proszę wpisać nazwę pracodawcy lub własnej działalności</i>			
STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRYZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU				
<b>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania danych			
<b>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			

<b>Osoba z niepełnosprawnościami</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania danych
<b>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania danych
<b>OŚWIADCZENIA</b>	
<b>DOTYCZĄCE PROJEKTU:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapoznałam się z Regulaminem projektu i akceptuję jego postanowienia.</li> <li>• Oświadczam, iż jestem osobą uprawnioną do uczestnictwa w projekcie i wyrażam zgodę na uczestnictwo w nim,</li> <li>• Zostałam/łem poinformowana/y, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.</li> <li>• Oświadczam, że jestem zatrudniona/y na terenie województwa lubelskiego lub podlaskiego w podmiocie, który podpisał z SPSK Nr 4 w Lublinie umowę współpracy w ramach projektu.</li> <li>• Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych/monitoringowych prowadzonych w trakcie i po zakończeniu udziału w projekcie.</li> <li>• Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.</li> <li>• Nie byłam/em karana/y za przestępstwo przeciwko mieniu, wiarygodności dokumentów, obrotowi gospodarczemu, obrotowi pieniędzmi i papierami wartościowymi lub za przestępstwo skarbowe.</li> <li>• Zostałam/łem pouczona/y o odpowiedzialności za złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą lub zatajenie prawdy i niniejszym oświadczam, że wszystkie podane w procesie rekrutacyjnym dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.</li> </ul>	
<b>ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wypełnienia wszelkiej niezbędnej dokumentacji związanej z udziałem w projekcie,</li> <li>• udziału w szkoleniach organizowanych w ramach projektu,</li> <li>• podpisywania listy obecności na szkoleniu, jak również przystąpienie do pre i post testów w dniu szkolenia, wypełniania ankiet monitoringowych po ukończeniu szkolenia,</li> <li>• do realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych projektem,</li> <li>• poinformowania Biura Projektu o ewentualnej rezygnacji z udziału w projekcie w trybie natychmiastowym.</li> </ul>	

.....  
**MIEJSCOWOŚĆ I DATA**

.....  
**CZYTELNY PODPIS UCZESTNICZKI PROJEKTU**

