

Dane uczestnika otrzymującego wsparcie w ramach projektu: „Wdrożenie programu rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z wykorzystaniem Centrum Symulacji Medycznej”

DANE UCZESTNIKA						
imię						
nazwisko						
pesel						
płeć	☐ kobieta			☐ mężczyzna		
wiek w chwili przystąpienia do projektu			kraj obszaru zamieszkania			
wykształcenie	☐ niższe podstawowe	☐ podstawowe	☐ gimnazjalne	☐ ponadgimnazjalne	☐ policealne	☐ wyższe
DANE KONTAKTOWE						
województwo			powiat			
gmina			mięscowość			
ulica			kod pocztowy			
nr budynku			nr lokalu			
telefon kontaktowy			adres e-mail			
SZCZEGÓŁY WSPARCIA						
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		☐ osoba bierna zawodowo	☐ osoba pracująca
Zatrudniony w ¹ :						
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU						
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia ☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji						
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań ☐ Tak ☐ Nie						
Osoba z niepełnosprawnościami ☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji						
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej ☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji						

1. Wypełnić, gdy w punkcie „Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu” zaznaczono odpowiedź „osoba pracująca”.

.....
data i **czytelny** podpis

Data pierwszego wsparcia (wypełnia upoważniony członek Zespołu Projektowego):

Proszę o wypełnienie oświadczenia na drugiej stronie.

Oświadczam że:

- I. Przystępuję do udziału w projekcie „Wdrożenie programu rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z wykorzystaniem Centrum Symulacji Medycznej”.
- II. Spełniam kryteria kwalifikowalności udziału w projekcie pn. „Wdrożenie programu rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z wykorzystaniem Centrum Symulacji Medycznej”, tj. jestem studentem IV, V lub VI roku Kierunku Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
- III. Wyrażam zgodę na wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby realizacji projektu zgodnie z ustawą z dnia 27 kwietnia 2016 roku o ochronie danych osobowych.
- IV. Poinformowano mnie, iż uczestniczę w projekcie współfinansowanym przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- V. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
data, czytelny podpis