



Załącznik Nr 2 do Regulaminu

FORMULARZ DANYCH UCZESTNIKA PROJEKTU	
Tytuł Projektu	EDU-HEART SILESIA POWER – Specjalistyczne szkolenie podyplomowe dla lekarzy specjalistów i rezydentów w dziedzinie kardiologii i kardiologii, wykraczające poza program specjalizacji, realizowane z wykorzystaniem nowoczesnych metod kształcenia, w tym technik symulacji, ze szczególnym uwzględnieniem rosnącej grupy chorych starszych z grupy wyższego ryzyka
Nr Projektu	POWR.05.04.00-00-0158/18-00/130/2018/432
Oś priorytetowa	V. Wsparcie dla obszaru zdrowia
Działanie	5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych
Beneficjent	Śląskie Centrum Chorób Serca

FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, A POLA WYBORU ZAZNACZYĆ "X".

I	Dane osobowe	Imię	
		Nazwisko	
		Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
		PESEL	
		Miejsce urodzenia	
		Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
		Rodzaj uczestnika	<input type="checkbox"/> indywidualny (dotyczy osoby fizycznej, przystępującej do projektu z własnej inicjatywy) <input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu (gdy wsparcie realizowane na rzecz danej instytucji/podmiotu obejmowało również jej pracowników lub gdy osoba została oddelegowana/wskazana do udziału w projekcie przez daną instytucję)
II	Adres zamieszkania	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe
		Ulica	
		Nr budynku	
		Nr lokalu	
		Miejscowość	



		Kod pocztowy, Pocza	
		Gmina	
		Powiat	
		Województwo	
		Kraj	
III	Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy	
		Adres e-mail	
IV	Status Kandydata	Status na rynku pracy	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: - osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: - osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo, w tym: - osoba ucząca się lub kształcząca się <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Osoba pracująca, w tym: - pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> - osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> - osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> - inne <input type="checkbox"/> - osoba pracująca 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/szpitala <input type="checkbox"/> Nazwa i adres instytucji systemu ochrony zdrowia Wykonywany zawód:



V	Inne	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
		Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
		Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
		Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
		Osoba ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Data rozpoczęcia udziału w projekcie			
Data zakończenia udziału w projekcie			

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU:

Świadomy/a odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Śląskiego Centrum Chorób Serca o wszelkich zmianach ww. danych.

miejsowość i data

podpis Uczestnika Projektu