



## Doskonalenie kwalifikacji ratowników medycznych w woj. śląskim

RPSL.11.03.00-24-0317/16

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA			
DANE OSOBOWE	Imię:		PESEL:
	Nazwisko:		Brak PESEL:
	Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (bez formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> podstawowe (ukończona szkoła podstawowa) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ukończone gimnazjum) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ukończone liceum ogólnokształcące, liceum profilowane, technikum, uzupełniające liceum ogólnokształcące, technikum uzupełniające lub zasadniczą szkołę zawodową) <input type="checkbox"/> policealne (ukończona szkoła policealna) <input type="checkbox"/> wyższe (tytuł licencjata, inżyniera, magistra lub doktora)	
DANE KONTAKTOWE	Ulica:		Kraj:
	Nr domu/lokalu:		Województwo:
	Miejscowość <sup>1</sup> :		Powiat:
	Kod pocztowy:		Gmina:
	Adres e-mail:		Telefon kontaktowy:
DANE DODATKOWE - STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	Bezrobotny (jeżeli TAK) wymagana kserokopia zaświadczenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
		Czy posiada własną działalność gospodarczą?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
		Zatrudniony w (nazwa i adres)	
		Zatrudniony na stanowisku	
		Dochody (zgodnie z Art.8 ust. o pomocy społ.)	Oświadczam, że miesięczne dochody w gospodarstwie domowym nie przekraczają: <input type="checkbox"/> dla osoby samotnie gospodarującej – 634 zł <input type="checkbox"/> dla osoby w rodzinie – 514 zł <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji <sup>2</sup>

Ja, niżej podpisany/a\* oświadczam, że Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie:

- Jestem osobą dorosłą zgłaszającą się do udziału w projekcie z własnej inicjatywy
- Jestem osobą zamieszkujejącą i/lub pracującą na terenie województwa śląskiego.
- Jestem osobą posiadającą pełną zdolność do czynności prawnych zgodnie z Art. 13 Ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym
- Jestem osoba legitymująca się dyplomem potwierdzającym uzyskanie tytułu ratownika medycznego i załączam:
  - Kserokopia pierwszej strony Karty przebiegu doskonalenia zawodowego ratownika medycznego
  - Kserokopia dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu ratownika medycznego

<sup>1</sup> Zgodnie z Kodeksem cywilnym Art. 25. miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

<sup>2</sup> Odmowa podania tej informacji nie dyskwalifikuje Kandydata z udziału w projekcie; jedynie może ograniczyć liczbę punktów do uzyskania w procesie rekrutacji.



<b>LSI – BAZA PEFS</b>	<p><b>Posiadam status osoby z niepełno sprawnościami:</b> <i>(dane wrażliwe)</i></p> <p><i>wymagana kserokopia orzeczenia</i></p>		<p>(w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.)</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji<sup>3</sup></p>	<p>(osoba z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.)</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji<sup>4</sup></p>
	<b>JESTEM:</b>			
	- osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <i>(dane wrażliwe)</i> :		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	
	- osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań:		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
	- osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących,		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
	w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającym i na utrzymaniu:		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
	- osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu:		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
	- osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) <i>(dane wrażliwe)</i> :		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	

Ja, niżej podpisany/a\* oświadczam, że:

- Zapoznałem/am\* się z zasadami rekrutacji oraz udziału w projekcie „Doskonalenie kwalifikacji ratowników medycznych w woj. śląskim” zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa oraz akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu.
- Zostałem/am\* poinformowany/a\*, że projekt realizowany jest w ramach Osi priorytetowej XI Wzmocnienie potencjału edukacyjnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, działanie 11.3 Dostosowanie oferty kształcenia zawodowego do potrzeb lokalnego rynku pracy – kształcenie zawodowe osób dorosłych.
- Zostałem/am\* poinformowany/a\*, że udział w projekcie jest bezpłatny.
- Zostałem/am\* poinformowany/a, iż ścieżka uczestnictwa w projekcie obejmuje łącznie następujące formy pomocy: szkolenie oraz egzamin.
- Zobowiązuję się do odbywania wynikających z Projektu form wsparcia zgodnie z przewidzianym harmonogramem (szkolenia, i egzaminu).
- Zobowiązuję się do wypełniania ankiet ewaluacyjnych i monitoringowych, oraz innych dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji Projektu.
- Zobowiązuję się do potwierdzania uczestnictwa w wybranych formach wsparcia swoim podpisem na listach obecności i innych dokumentach stosowanych w Projekcie.
- Zobowiązuję się do przystąpienia do egzaminu po ukończeniu szkolenia.
- Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o zmianach danych osobowych, kontaktowych i innych danych przedstawionych na dokumentach zgłoszeniowych do Projektu oraz o wszystkich zdarzeniach mogących zakłócić jego dalszy udział w Projekcie.
- Zobowiązuję się do dostarczenia do 4 tygodni od zakończenia udziału w Projekcie oświadczenia, w oparciu o które będą zbierane informacje nt. sytuacji uczestnika.
- Zostałem poinformowany/a\* o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia, lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej).
- Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie „Doskonalenie kwalifikacji ratowników medycznych w woj. śląskim” oraz zgodę na udział w procesie rekrutacyjnym.

Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wznosił/a\* żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatorów Projektu.

<b>Data:</b>		<b>Czytelny Podpis:</b>	
--------------	--	-------------------------	--

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości.

Podpis osoby weryfikującej

<sup>3</sup> Odmowa podania tej informacji nie dyskwalifikuje Kandydata z udziału w projekcie; jedynie może ograniczyć liczbę punktów do uzyskania w procesie rekrutacji.

<sup>4</sup> j.w.

\*niepotrzebne skreślić - WYMAGANE