**KARTA ZGŁOSZENIA UDZIAŁU W PROJEKCIE**

pn. „Program Kształcenia Kadr Białej Gospodarki ”

**KURS KWALIFIKACYJNY  
W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA GERIATRYCZNEGO**

1. **DANE UCZESTNIKA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane podstawowe** | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Imię (imiona) |  | | | | | | | | | | | |
| 2 | Nazwisko |  | | | | | | | | | | | |
| 3 | PESEL |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 4 | Data i miejsce urodzenia |  | | | | | | | | | | | |
| 5 | Posiadane wykształcenie | | | | | | | 🞏 Ponadgimnazjalne  🞏 Wyższe | | | | | |
| 5a | Ukończony kurs specjalistyczny – Resuscytacja krążeniowo-oddechowa  Ukończony kurs specjalistyczny – Wykonanie i interpretacja zapisu EKG | | | | | | | 🞏 TAK 🞏 NIE  🞏 TAK 🞏 NIE | | | | | |
| 6 | Osoba niepełnosprawna | | | | | | | 🞏 TAK  🞏 NIE | | | | | |
| 7 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | | | | | | 🞏 TAK  🞏 NIE | | | | | |
| 8 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu mieszkań | | | | | | | 🞏 TAK  🞏 NIE | | | | | |
| 9 | Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym: gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | | | | | | | 🞏 TAK  🞏 NIE | | | | | |
| 10 | Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu | | | | | | | 🞏 TAK  🞏 NIE | | | | | |
| 11 | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | | | | | | | 🞏 TAK  🞏 NIE | | | | | |
| **Dane kontaktowe** | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Ulica |  | | | | | | | | | | | |
| 13 | Nr domu |  | | | | | | | | | | | |
| 14 | Nr lokalu |  | | | | | | | | | | | |
| 15 | Miejscowość |  | | | | | | | | | | | |
| 16 | Obszar zamieszkania | 🞏 Obszar miejski | | | | | | | | | | | |
| 🞏 Obszar wiejski | | | | | | | | | | | |
| 17 | Kod pocztowy i miejscowość |  | | | | | | | | | | | |
| 18 | Powiat |  | | | | | | | | | | | |
| 19 | Telefon kontaktowy |  | | | | | | | | | | | |
| 20 | E-mail kontaktowy |  | | | | | | | | | | | |
| **Status na rynku pracy** | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | Osoba zatrudniona | 🞏 Zatrudniony w mikroprzedsiębiorstwie  *Osoba zatrudniona w przedsiębiorstwie zatrudniającym od 2 do 9 pracowników* | | | | | | | | | | | |
| 🞏 Zatrudniony w małym przedsiębiorstwie  *Osoba zatrudniona w przedsiębiorstwie zatrudniającym od 10 do 49 pracowników* | | | | | | | | | | | |
| 🞏 Zatrudniony w średnim przedsiębiorstwie  *Osoba zatrudniona w przedsiębiorstwie zatrudniającym od 50 do 249 pracowników* | | | | | | | | | | | |
| 🞏 Zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie  *Osoba zatrudniona w przedsiębiorstwie zatrudniającym powyżej 249 pracowników* | | | | | | | | | | | |
| 🞏 Zatrudniony w administracji publicznej | | | | | | | | | | | |
| 🞏 Zatrudniony w organizacji pozarządowej | | | | | | | | | | | |
| 22 | Staż pracy powyżej 10 lat | 🞏 TAK  🞏 NIE | | | | | | | | | | | |
| 23 | Osoba niepracująca | Bezrobotny, osoba zarejestrowana w Urzędzie Pracy:  w tym bezrobotny długotrwale, osoba zarejestrowana w Urzędzie Pracy powyżej 12 m-cy | | | | | | | | | | | |
| Nieaktywny zawodowo, osoba nie zarejestrowana w Urzędzie Pracy, bez zatrudnienia | | | | | | | | | | | |

*Oświadczenia:*

* Uczestnik wyraża chęć dobrowolnego uczestnictwa w Kursie kwalifikacyjnym w zakresie pielęgniarstwa geriatrycznego.
* Uczestnik oświadcza, że zapoznał się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie   
  pn. „Program Kształcenia Kadr Białej Gospodarki ”oraz akceptuje jego warunki.
* Uczestnik oświadcza, iż dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji wyraża zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia  
  29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002r. nr 101 poz. 926 z późn. zm.) –  
  w celach związanych z realizacją, monitoringiem, kontrolą i ewaluacją projektu.

Świadomy/-a odpowiedzialności karnej Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

*Prawdziwość zawartych powyżej danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Miejscowość** | **Data** | **Czytelny podpis** |