

Umowa nr POWR.05.04.00-00-0132/18-00

Tytuł Projektu: **Podniesienie kompetencji zawodowych fizjoterapeutów zatrudnionych w publicznym systemie ochrony zdrowia.**  
Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

**Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie**

<b>Wpłynęło:</b>	
..... (data i godzina wpływu)	..... (podpis)

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA UDZIAŁU  
W SZKOLENIACH REALIZOWANYCH W RAMACH PROJEKTU**

(proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU				
<b>Imię i nazwisko</b>				
<b>Kraj</b>				
<b>PESEL</b>				
<b>Data i miejsce urodzenia</b>				
DANE KONTAKTOWE				
<b>Adres zamieszkania (wg kodeksu cywilnego)</b>	województwo		kod pocztowy	
	powiat		ulica	
	gmina		nr domu	
	miejsowość		nr mieszkania	
<b>Telefon</b>				
<b>E-mail</b> <i>(adres poczty elektronicznej)</i>				
KRYTERIA REKRUTACJI I UCZESTNICTWA				
<b>Nr prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty</b>				
<b>Wykształcenie</b> <i>(należy załączyć kopię dyplomu ukończenia uczelni/technikum)</i>	<input type="checkbox"/> Wyższe magisterskie <input type="checkbox"/> Wyższe licencjackie <input type="checkbox"/> Średnie			
<b>Zatrudnienie lub współpraca</b> z podmiotem leczniczym posiadającym kontrakt z OW NFZ (umowa o pracę lub umowa cywilno-prawna).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			
<b>Nazwa miejsca pracy</b> <i>(należy załączyć zaświadczenie pracodawcy)</i>				

Umowa nr POWR.05.04.00-00-0132/18-00

Tytuł Projektu: **Podniesienie kompetencji zawodowych fizjoterapeutów zatrudnionych w publicznym systemie ochrony zdrowia.**  
Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

<b>Adres miejsca pracy</b>	województwo		kod pocztowy	
	powiat		ulica	
	gmina		nr domu	
	miejsowość		nr mieszkania	
<b>SPECJALISTYCZNE SZKOLENIE</b>				
<b>Nazwa szkolenia</b>			<b>Termin szkolenia (termin może ulec zmianie)</b>	
<b>Moduł I</b>	<b>Badanie fizjoterapeutyczne i dokumentacja medyczna w oparciu o ICF.</b>		<b><u>12 - 14 lipca 2019 roku</u></b> <b><u>20 lipca 2019 roku</u></b>	
<b>Moduł II</b>	<b>Badanie, strategię terapii i dokumentacja w fizjoterapii neurologicznej.</b>		<b><u>21 - 22 lipca 2019</u></b> <b><u>27 - 28 lipca 2019</u></b>	
<b>MIEJSCE SZKOLENIA</b>				
<b>województwo pomorskie</b>			<b>Gdańsk</b>	
<b>UDOGODNIENIA</b>				
<b>Nocleg</b> <i>(Organizator w ramach Projektu zapewni miejsce noclegowe na podstawie deklaracji, w sytuacji, gdy miejsce szkolenia oddalone jest o minimum 50 km od miejsca zamieszkania Uczestnika/czki)</i>			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<b>Potrzeby związane z niepełnosprawnościami</b>			<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak wskazane potrzeby:..... .....	
<b>Wymagania dotyczące żywienia</b> <i>(proszę o określenie wymagań dotyczących żywienia np. wegetariańskie, bezglutenowe)</i>			<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> żywienie wegetariańskie <input type="checkbox"/> żywienie bezglutenowe <input type="checkbox"/> inne: .....	

.....  
data i podpis kandydata/kandydatki\*

\* Podpisanie niniejszego formularza oznacza akceptację zasad określonych w regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.