

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

Wpłynęło:

.....
(data i godzina wpływu)

.....
(podpis)

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

(proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

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

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

Nazwa miejsca pracy <i>(należy załączyć zaświadczenie pracodawcy)</i>				
Adres miejsca pracy	województwo		kod pocztowy	
	powiat		ulica	
	gmina		nr domu	
	miejsowość		nr mieszkania	
SPECJALISTYCZNE SZKOLENIE				
Nazwa szkolenia <i>(uczestnik/czka zobowiązany/a jest do wzięcia udziału w dwóch modułach)</i>	Termin szkolenia <i>(termin może ulec zmianie)</i>		Miejsce szkolenia	
Badanie fizjoterapeutyczne i dokumentacja medyczna w oparciu o ICF (moduł I) oraz badanie, strategię terapii i dokumentacja w fizjoterapii ortopedycznej (moduł II)	13 – 15.09.2019 r. 20 – 22.09.2019 r. 28 – 29.09.2019 r.		Poznań	
UDOGODNIENIA				
Nocleg <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			
Potrzeby związane z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak wskazane potrzeby:.....			
Wymagania dotyczące żywienia <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.