

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 (imiona)				
Nazwisko				
Kraj				
PESEL				
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna			
DANE KONTAKTOWE				
Adres zamieszkania (wg kodeksu cywilnego)	województwo		kod pocztowy	
	powiat		ulica	
	gmina		nr budynku	
	miejsowość		nr mieszkania	
Obszar	<input type="checkbox"/> obszar miejski <input type="checkbox"/> obszar wiejski			
Telefon				
E-mail <i>(adres poczty elektronicznej)</i>				
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji			

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

Osoba bezdomna lub osoba 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"/> odmowa podania informacji			
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji			
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			
Nazwa miejsca pracy <i>(należy załączyć zaświadczenie pracodawcy)</i>				
Rodzaj pracodawcy	<input type="checkbox"/> administracja rządowa <input type="checkbox"/> administracja samorządowa <input type="checkbox"/> MMŚP <input type="checkbox"/> organizacja pozarządowa <input type="checkbox"/> działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> duże przedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> inne			
Adres miejsca pracy	województwo		kod pocztowy	
	powiat		ulica	
	gmina		nr domu	
	miejsowość		nr mieszkania	

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

SPECJALISTYCZNE SZKOLENIE		
Nazwa szkolenia (uczestnik/czka zobowiązany/a jest do wzięcia udziału w dwóch modułach)	Termin szkolenia (termin może ulec zmianie)	Miejsce szkolenia
Badanie fizjoterapeutyczne i dokumentacja medyczna w oparciu o ICF (moduł I) oraz badanie, strategie terapii i dokumentacja w fizjoterapii pulmonologiczno-kardiologicznej (moduł II)	08 – 10 listopada 2019 r. 15 – 17 listopada 2019 r. 23 – 24 listopada 2019 r.	Warszawa
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:	

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego postanowienia;
- 2) uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne ze stanem faktycznym;

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