

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

<b>Osoba bezdomna lub osoba dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
<b>Osoba z niepełnosprawnościami</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji		
<b>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji		
<b>KRYTERIA REKRUTACJI I UCZESTNICTWA</b>			
<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 z podmiotem leczniczym posiadającym kontrakt z OW NFZ (umowa o pracę lub umowa cywilno-prawna).</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
<b>Nazwa miejsca pracy</b> <i>(należy załączyć zaświadczenie pracodawcy)</i>			
<b>Rodzaj pracodawcy</b>	<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		
<b>Adres miejsca pracy</b>	województwo		kod pocztowy
	powiat		ulica
	gmina		nr domu

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

	miejscowość		nr mieszkania	
<b>SPECJALISTYCZNE SZKOLENIE</b>				
<b>Nazwa szkolenia</b> (uczestnik/czka zobowiązany/a jest do wzięcia udziału w dwóch modułach)		<b>Termin szkolenia</b> (termin może ulec zmianie)	<b>Miejsce szkolenia</b>	
<b>Badanie fizjoterapeutyczne i dokumentacja medyczna w oparciu o ICF (moduł I) oraz badanie, strategie terapii i dokumentacja w fizjoterapii pulmonologiczno-kardiologicznej (moduł IV)</b>		<b>17 – 20 września 2020 r.</b> <b>26 – 27 września 2020 r.</b> <b>17 – 18 października 2020 r.</b>	<b>Lublin</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: .....	

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\*