

Doskonalenie kwalifikacji ratowników medycznych w województwie łódzkim

RPLD.11.03.01-10-0081/16

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA					
DANE OSOBOWE	Imię:		PESEL:		
	Nazwisko:		Brak PESEL: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
	Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (bez formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> podstawowe (ukończona szkoła podstawowa) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ukończone gimnazjum) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ukończone liceum ogólnokształcące, liceum profilowane, technikum, uzupełniające liceum ogólnokształcące, technikum uzupełniające lub zasadniczą szkołę zawodową) <input type="checkbox"/> policealne (ukończona szkoła policealna) <input type="checkbox"/> wyższe (tytuł licencjata, inżyniera, magistra lub doktora)			
DANE KONTAKTOWE – ADRES ZAMIESZKANIA	Ulica:		Kraj:		
	Nr domu/lokalu:		Województwo:		
	Miejscowość ¹ :		Powiat:		
	Kod pocztowy:		Gmina:		
	Teren wiejski		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
	Adres e-mail:		Telefon kontaktowy:		
DANE DODATKOWE – STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w PUP	<input type="checkbox"/> Długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> Inne	
		<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w PUP	<input type="checkbox"/> Długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> Inne	
		<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> Ucząca się	<input type="checkbox"/> Nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/> Inne
		<input type="checkbox"/> Osoba pracująca zatrudniona w (nazwa i adres zakładu pracy)			
		<input type="checkbox"/> Zatrudniony na stanowisku (pole obowiązkowe)			
		<input type="checkbox"/> Prowadzę własną działalność gospodarczą, jestem osobą samozatrudnioną, właścicielem przedsiębiorstwa, pełniącym funkcje kierownicze, współnikiem.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie:

- Jestem osobą dorosłą zgłaszającą się z własnej inicjatywy.
- Jestem osobą zamieszkującą i/lub pracującą na terenie województwa łódzkiego.
- Jestem osobą posiadającą pełną zdolność do czynności prawnych zgodnie z Art. 13.1 pkt 1) Ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
- Jestem osobą legitymującą się dyplomem potwierdzającym uzyskanie tytułu ratownika medycznego i w pierwszym dniu wsparcia przedłożę do wglądu:
 - Kartę przebiegu doskonalenia zawodowego ratownika medycznego,
 - Dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu ratownika medycznego.

¹ Zgodnie z Kodeksem cywilnym Art. 25. miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

SL 2014	<p>Posiadam status osoby z niepełno sprawnościami: (dane wrażliwe)</p> <p>wymagana kserokopia orzeczenia</p>	<p>(w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.)</p> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji	<p>(osoba z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.)</p> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
	JESTEM:		
	- osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (dane wrażliwe):	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	
	- osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
	- osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących,	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
	w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającym i na utrzymaniu:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
	- osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
- osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) (dane wrażliwe):	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji		

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

- Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w projekcie „Doskonalenie kwalifikacji ratowników medycznych w województwie łódzkim” zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa oraz akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu.
- Zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Osi priorytetowej XI Edukacja Kwalifikacje Umiejętności w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Działania XI.3 Kształcenie zawodowe, Poddziałania XI.3.1 Kształcenie zawodowe.
- Zostałem/am poinformowany/a, że udział w projekcie jest bezpłatny.
- Zostałem/am poinformowany/a, iż ścieżka uczestnictwa w projekcie obejmuje łącznie następujące formy pomocy: kurs oraz egzamin.
- Zobowiązuję się do odbywania wynikających z Projektu form wsparcia zgodnie z przewidzianym harmonogramem (kursu i egzaminu).
- Zobowiązuję się do wypełniania ankiet ewaluacyjnych i monitoringowych i innych dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji Projektu.
- Zobowiązuję się do potwierdzania uczestnictwa w wybranych formach wsparcia swoim podpisem na listach obecności i innych dokumentach stosowanych w Projekcie.
- Zobowiązuję się do przystąpienia do egzaminu po ukończeniu kursu.
- Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o zmianach danych osobowych, kontaktowych i innych danych przedstawionych na dokumentach zgłoszeniowych do Projektu oraz o wszystkich zdarzeniach mogących zakłócić jego dalszy udział w Projekcie.
- Zobowiązuję się do dostarczenia do 4 tygodni od zakończenia udziału w Projekcie oświadczenia, w oparciu o które będą zbierane informacje nt. sytuacji uczestnika.
- Zostałem poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia, lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej).
- Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie „Doskonalenie kwalifikacji ratowników medycznych w województwie łódzkim” oraz zgodę na udział w procesie rekrutacyjnym.**

Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wznosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatorów Projektu.

Data:		Czytelny Podpis:	
-------	--	------------------	--