

## Doskonalenie kwalifikacji ratowników medycznych w województwie łódzkim

RPLD.11.03.01-10-0081/16

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA					
<b>DANE OSOBOWE</b>	<b>Imię:</b>		<b>PESEL:</b>		
	<b>Nazwisko:</b>		<b>Brak PESEL:</b>		
	<b>Wykształcenie:</b>	<input type="checkbox"/> <b>niższe niż podstawowe</b> (bez formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> <b>podstawowe</b> (ukończona szkoła podstawowa) <input type="checkbox"/> <b>gimnazjalne</b> (ukończone gimnazjum) <input type="checkbox"/> <b>ponadgimnazjalne</b> (ukończone liceum ogólnokształcące, liceum profilowane, technikum, uzupełniające liceum ogólnokształcące, technikum uzupełniające lub zasadniczą szkołę zawodową) <input type="checkbox"/> <b>policealne</b> (ukończona szkoła policealna) <input type="checkbox"/> <b>wyższe</b> (tytuł licencjata, inżyniera, magistra lub doktora)			
<b>DANE KONTAKTOWE – ADRES ZAMIESZKANIA</b>	<b>Ulica:</b>		<b>Kraj:</b>		
	<b>Nr domu/lokalu:</b>		<b>Województwo:</b>		
	<b>Miejscowość<sup>1</sup>:</b>		<b>Powiat:</b>		
	<b>Kod pocztowy:</b>		<b>Gmina:</b>		
	<b>Adres e-mail:</b>		<b>Telefon kontaktowy:</b>		
<b>DANE DODATKOWE - STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU</b>	<b>Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Osoba bezrobotna zarejestrowana w PUP</b>	<input type="checkbox"/> Długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> Inne	
		<input type="checkbox"/> <b>Osoba bezrobotna niezarejestrowana w PUP</b>	<input type="checkbox"/> Długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> Inne	
		<input type="checkbox"/> <b>Osoba bierna zawodowo</b>	<input type="checkbox"/> Ucząca się	<input type="checkbox"/> Nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/> Inne
		<input type="checkbox"/> <b>Osoba pracująca zatrudniona w</b> (nazwa i adres zakładu pracy)			
		<b>Zatrudniony na stanowisku</b> (pole obowiązkowe)			
		<b>Prowadzę własną działalność gospodarczą, jestem osobą samozatrudnioną, właścicielem przedsiębiorstwa, pełniącym funkcje kierownicze, wspólnikiem.</b>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
	<b>KRYTERIA DODATKOWE</b>	<b>Dochody</b> (zgodnie z Art.8 ust. o pomocy społ.)	Oświadczam, że miesięczne dochody w gospodarstwie domowym nie przekraczają: <input type="checkbox"/> dla osoby samotnie gospodarującej – 634 zł <input type="checkbox"/> dla osoby w rodzinie – 514 zł <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji <sup>2</sup>		
<b>Prowadzenie uprzywilejowanych pojazdów</b>		Oświadczam, że w ramach wykonywanej pracy posiadam obowiązek prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy (w przypadku m.in. osób bezrobotnych, biernych zawodowo)			
<b>Deklaracja Uczestnika : miejscowość, w której planuje zdawać egzamin</b>		Planuję zdawać egzamin na prawo jazdy kat. C w miejscowości: <input type="checkbox"/> Łódź <input type="checkbox"/> Piotrków Trybunalski <input type="checkbox"/> Skierniewice <input type="checkbox"/> Sieradz			

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

<sup>2</sup> Odmowa podania tej informacji nie dyskwalifikuje Kandydata z udziału w projekcie; jedynie może ograniczyć liczbę punktów do uzyskania w procesie rekrutacji.

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

1. Jestem osobą dorosłą zgłaszającą się z własnej inicjatywy.
2. Jestem osobą zamieszkujejącą i/lub pracującą na terenie województwa łódzkiego.
3. 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.
4. 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.

<b>SL 2014</b>	Posiadam status osoby z niepełno sprawnościami: <i>(dane wrażliwe)</i>  wymagana kserokopia orzeczenia	(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.)  <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji	(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.)  <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
	<b>JESTEM:</b>		
	- osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <i>(dane wrażliwe):</i>	<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) <i>(dane wrażliwe):</i>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji		

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. 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.
2. 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.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że udział w projekcie jest bezpłatny.
4. Zostałem/am poinformowany/a, iż ścieżka uczestnictwa w projekcie obejmuje łącznie następujące formy pomocy: kurs oraz egzamin.
5. Zobowiązuję się do odbywania wynikających z Projektu form wsparcia zgodnie z przewidzianym harmonogramem (kursu i egzaminu).
6. Zobowiązuję się do wypełniania ankiet ewaluacyjnych i monitoringowych i innych dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji Projektu.
7. Zobowiązuję się do potwierdzania uczestnictwa w wybranych formach wsparcia swoim podpisem na listach obecności i innych dokumentach stosowanych w Projekcie.
8. Zobowiązuję się do przystąpienia do egzaminu po ukończeniu kursu.
9. 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.
10. Zobowiązuję się do dostarczenia do 4 tygodni od zakończenia udziału w Projekcie oświadczenia, w oparciu o które będą zbierane informacje nt. sytuacji uczestnika.
11. 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).
12. **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.

<b>Data:</b>	<b>Czytelny Podpis:</b>
--------------	-------------------------