***Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie***

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

|  |  |
| --- | --- |
|  1  | **Tytuł projektu: Akademia Badań Klinicznych – rozwój kompetencji zespołów badawczych w podmiotach leczniczych świadczących usługi szpitalne oraz lekarzy zatrudnionych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej** |
| 2  | **Nr umowy: POWR.** **05.02.00-00-0008/19-00/3539/2020/133** |
| 3  | **Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój**  |
| 4 | **Oś priorytetowa V. „Wsparcie dla obszaru zdrowia”** |
| 5 | **Działanie 5.2 „Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych”** |

 **Dane uczestników projektów, którzy otrzymują wsparcie w ramach POWER**

|  |
| --- |
| **Dane uczestnika** |
| Imię (imiona)  |
| Kraj |
| Nazwisko  |
| PESEL  |
| Brak PESEL  | Tak/Nie/Nie dotyczy  |
| Płeć  |
| Wiek w chwili przystępowania do projektu  |
| Wykształcenie1  |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie  |
| **Dane kontaktowe** |
|  Województwo  |
| Powiat  |
| Gmina  |
| Miejscowość  |
| Ulica  |
| Nr budynku  |
| Nr lokalu  |
| Kod pocztowy  |
| Telefon kontaktowy  |
| Adres e-mail  |
|  |
|  |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili****przystąpienia do projektu** | **a. Osoba bezrobotna** | Tak/ Nie |
| osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | Tak/ Nie |
| osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | Tak/ Nie |
| osoba bierna zawodowo (w tym student/tka) | Tak/ Nie |
| **Status uczestnika Projektu w chwili****przystąpienia do projektu** | **b. Osoba pracująca** | Tak/ Nie |
| Wykonywany zawód |
| Miejsce zatrudnienia  |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (dane wrażliwe) | Tak/ Nie/ odmawiam odpowiedzi |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | Tak/ Nie |
| Osoba z niepełnosprawnościami (dane wrażliwe) | Tak/ Nie/ odmawiam odpowiedzi |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących | Tak/ Nie |
| w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | Tak/ Nie |
| Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu | Tak/ Nie |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) (dane wrażliwe) | Tak/ Nie/ odmawiam odpowiedzi |

**Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w Projekcie zawartymi w Regulaminie, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu oraz spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w ww. Regulaminie.

2. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach ***Osi priorytetowa V. „Wsparcie dla obszaru zdrowia”, Działanie 5.2 „Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych”* umowa nr** ***POWR.******05.02.00-00-0008/19-00/3539/2020/133*** współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

3. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie.

4. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.

5. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Realizatora Projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w deklaracji uczestnictwa w projekcie oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej, (np. podjęcie zatrudnienia).

Zostałam/em uprzedzona/y, że złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, skutkuje odpowiedzialnością przewidzianą w przepisach prawa powszechnie obowiązującego. Jednocześnie oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

|  |  |
| --- | --- |
| …..………………………………………  | ……………………………………………  |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA*  | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*  |