



Projekt współfinansowany ze środków
Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Formularz zgłoszeniowy do projektu
Akademia kwalifikacji medycznych. Program szkoleń dla przedsiębiorstw
branży medycznej**

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU				
Imię i Nazwisko				
Pesel				
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Wyższe <input type="checkbox"/> Pomaturalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Brak			
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna			
Dane kontaktowe:				
Województwo		Powiat		Miejscowość
Kod pocztowy		Ulica		Numer domu
Numer lokalu		Telefon stacjonarny		Telefon komórkowy
Adres email				
<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś				
Sprawuję opiekę nad dziećmi do lat 7 lub opiekę nad osobą zależną: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie				
Nazwa zakładu pracy				

Deklaruję chęć udziału w niżej wymienionych szkoleniach zawodowych :

NAZWA SZKOLENIA	PODPIS UCZESTNIKA
1.Zaawansowane zabiegi ratujące życie (24 godziny)	
2.Terapia bólu przewlekłego u dorosłych (49 godzin)	
3.Resuscytacja krążeniowo oddechowa (90 godzin)	
4.Leczenie ran dla pielęgniarek (225 godzin)	



Projekt współfinansowany ze środków
Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Preferowane terminy zajęć

weekendy <input type="checkbox"/>	dni robocze <input type="checkbox"/>
------------------------------------------	---------------------------------------------

Oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie „**Akademia kwalifikacji medycznych. Program szkoleń dla przedsiębiorstw branży medycznej**” i akceptuję jego zapisy,
- zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
- wyrażam zgodę na udział w badaniu/ach monitoringowym/ch, które odbędą się po zakończeniu mojego udziału w Projekcie oraz
- **oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, potwierdzam prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji.**

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis uczestnika)