**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**„PROGRAM ROZWOJU KIERUNKU PIELĘGNIARSTWO W PWSZ
W KROŚNIE” NR POWR.05.03.00-00-0015/15**

Ja, niżej podpisany/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (imię i nazwisko) deklaruję udział w projekcie „Program rozwoju kierunku pielęgniarstwo w PWSZ
w Krośnie” nr POWR.05.03.00-00-0015/15 oraz akceptuję Regulamin Projektu.

|  |
| --- |
| **Dane uczestnika projektu, który otrzymuje wsparcie w ramach EFS**  |
| **Informacje o projekcie** |
| Nazwa beneficjenta | Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Stanisława Pigonia w Krośnie |
| Numer umowy o dofinansowanie | POWR.05.03.00-00-0015/15 |
| Tytuł projektu | Program rozwoju kierunku pielęgniarstwo w PWSZ w Krośnie |
| **Dane uczestnika** |
| Rodzaj uczestnika | Indywidualny |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Płeć |  Mężczyzna |  Kobieta |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| Wykształcenie |  Ponadgimnazjalne |  Policealne |  Wyższe |
| Zakład |  |
| Kierunek |  |
| Semestr |  |
| **Dane** **kontaktowe** |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku  |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy  |  |
| Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) |  Miejski |  Wiejski |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres poczty elektronicznej (e-mail) |  |
| **Szczegóły** **wsparcia** |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie |  | Data zakończenia udziału w projekcie |  |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** |
| Osoba ucząca się lub kształcąca  | Tak |
| - w tym aktywny zawodowo |  Tak |  Nie |
| Jeżeli tak, zaznacz poniżej: |  |
| Zatrudniony: |  Rolnik |
|  Samozatrudniony |
|  Zatrudniony w mikroprzedsiębiorstwie |
|  Zatrudniony w przedsiębiorstwie MSP |
|  Zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie |
|  Zatrudniony w administracji publicznej |
|  Zatrudniony w organizacji pozarządowej |
| Wykonywany zawód |  |
| **Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu** |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia |  Tak |  Nie |  odmowa podania informacji  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |  Tak |  Nie |
| Osoba z niepełnosprawnościami |  Tak |  Nie |   odmowa podania informacji |
| 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 |  Tak |  Nie |  odmowa podania informacji |

1. Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie.
2. Oświadczam, iż podane wyżej dane są zgodne z prawdą.
3. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności, uprawniające mnie do udziału w projekcie, tj. jestem studentem/studentką Kierunku Pielęgniarstwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Pigonia w Krośnie
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie dla monitoringu i ewaluacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.
5. Wyrażam zgodę na badanie ewaluacyjne, którego celem jest udoskonalenie oferowanej dotychczas pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb przyszłych uczestników.
6. Oświadczam, że zostałem poinformowany o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
7. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
8. W ciągu sześciu miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy (podjęcia zatrudnienia) oraz ewentualnej kontynuacji kształcenia ( na studiach I, II, III stopnia)
9. W okresie 12 miesięcy od zakończenia udziału w projekcie będę uczestniczył w badaniach prowadzonych w ramach monitorowania losu absolwenta.
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku, do celów związanych z promocją projektu.

**Pouczenie:** uczestnik ponosi odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, co wynika z ogólnych przepisów Kodeksu Cywilnego.

|  |  |
| --- | --- |
| …..…………………………………………*(miejscowość i data)* | …………………..…………………………………………*(czytelny podpis uczestnika projektu)* |