**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)* |