***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 | | |
| Wykształcenie | | |
| 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* |