



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita  
Polska**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



Data wpływu  
wniosku:

WYPEŁNIA BENEFICJENT [WSliZ]

## WNIOSEK

**lekarza o dopuszczenie do szkolenia w ramach projektu pt.  
Inwestycje w kompetencje lekarzy gwarancją właściwego leczenia Choroby Zwyczajnej Stawów**  
[nr umowy POWR.05.04.00-00-0085/16]

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU			
Imię (imiona) i nazwisko			
Imię ojca		Nazwisko rodowe	
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo		Płeć	Kobieta Mężczyzna
PESEL			
ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Obszar	<input type="checkbox"/> MIEJSKI <input type="checkbox"/> WIEJSKI		
ADRES DO KORESPONDENCJI <sup>1</sup>			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Telefon stacjonarny		Telefon komórkowy	

<sup>1</sup> Jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita  
Polska**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



Adres e-mail			
Rodzaj ukończonej szkoły (pełna nazwa)			
Nazwa Organu wydającego zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu lekarza			
Numer seryjny dok. uprawniającego			
Numer prawa wykonywania zawodu lekarza		Data uzyskania uprawnień	
Nazwa i adres miejsca zatrudnienia (pełna nazwa)			
Zajmowane stanowisko		Oddział	
Staż pracy w latach <sup>2</sup>		Pracownik POZ	Tak Nie
Wykształcenie	magister stopień naukowy doktora stopień naukowy doktora habilitowanego		
Specjalizacja	..... [data .....] ..... [data .....] ..... [data .....] ..... [data .....]		

<sup>2</sup>Należy podać w pełnych latach skończonych



<b>DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>kopia prawa wykonywania zawodu lekarza na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej,</li> <li>dplom/ -y potwierdzające posiadane wykształcenie,</li> <li>dplom/ -y specjalizacji – oryginały do wglądu,</li> <li>aktualne zaświadczenie o zatrudnieniu,</li> <li>test kompetencyjny określający motywacje szkoleniowe [załącznik 1a]</li> </ul>		
	<i>Warszawa</i>	<i>Wstaw X</i>	<i>Nocleg* [TAK/ NIE]</i>
<b>TERMINARZ SZKOLEŃ</b>	* Uczestnicy spoza woj. mazowieckiego mogą zadeklarować chęć skorzystania z noclegu dofinansowanego z Funduszy Europejskich		
	kwiecień – czerwiec 2017 r.		
	wrzesień – listopad 2017 r.		
	styczeń – marzec 2018 r.		
	kwiecień – czerwiec 2018 r.		
	wrzesień – listopad 2018 r.		
	październik – grudzień 2018 r.		
<b><u>OŚWIADCZENIA</u></b>			
<p>Ja, niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, iż:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo w Projekcie <i>Inwestycje w kompetencje lekarzy gwarancją właściwego leczenia Choroby Zwyczajnej Stawów [POWR 05.04.00-00-0085/16]</i></li> <li>zostałem/am poinformowany/a, iż Projekt <i>Inwestycje w kompetencje lekarzy gwarancją właściwego leczenia Choroby Zwyczajnej Stawów [POWR 05.04.00-00-0085/16]</i> jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;</li> <li>zostałem/am zapoznany/a z Regulaminem Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki;</li> <li>spełniam kryteria kwalifikowalności, uprawniające mnie do udziału w w/w Projekcie – zgodnie z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie</li> <li>zostałem pouczone o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń zgodnie z §233 Kodeksu Karnego i oświadczam, że dane podane w dokumentach (w tym wniosku o dopuszczenie do Projektu) są zgodne z prawdą</li> <li>Oświadczam, że wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych zawartych we wniosku zgłoszeniowym dla potrzeb niezbędnych do prawidłowego przebiegu kwalifikacji do uczestnictwa w przedmiotowym Projekcie, do czasu jej zakończenia. Potwierdzam, że zostałem/am poinformowany/a, iż moje dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO.</li> </ul>			
.....		.....	
Miejscowość i data		Podpis wnioskodawcy	