**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

 ( wypełnia uczestnik projektu, w przypadku osób małoletnich wypełnia rodzic lub opiekun prawny osoby małoletniej)

**Dane wspólne**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa :** POLSKI ZWIĄZEK NIEWIDOMYCH |
| 1 | **TTytuł projektu:** **„Remont i wyposażenie budynku Ośrodka Rehabilitacyjnego i Szkoleniowego „Homer” Polskiego Związku Niewidomych w Bydgoszczy na potrzeby realizacji usług świadczonych w środowisku lokalny. „**  |
| 2 | **Nr umowy:** RPKP.06.01.02-04-0015/18 |

**Dane uczestników projektów, którzy otrzymują wsparcie w ramach RPO WM**

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ/IMIONA** |  |
| **NAZWISKO** |  |
| **DATA URODZENIA[[1]](#footnote-1)** |  |
| **PESEL** |  |
| **POSIADANE AKTUALNIE** **UKOŃCZONE NAJWYŻSZE WYKSZTAŁCENIE [[2]](#footnote-2)** |  |

1. DANE KONTAKTOWE DO KANDYDATA NA UCZESTNIKA/ UCZESTNICZKĘ PROJEKTU

|  |  |
| --- | --- |
| **ADRES ZAMIESZKANIA[[3]](#footnote-3)** |  |
| **ULICA** |  |
| **NR DOMU** |  | **NR LOKALU** |  | **KOD POCZTOWY** |  |
| **GMINA** |  | **POWIAT** |  |
| **WOJEWÓDZTWO** |  |
| **TELEFON KOMÓRKOWY**  |  |
| **TELEFON STACJONARNY**  |  |
| **ADRES E-MAIL** |  |

1. STATUS NA RYNKU PRACY KANDYDATA NA UCZESTNIKA/ UCZESTNICZKĘ PROJEKTU

|  |  |
| --- | --- |
| **STATUS NA RYNKU PRACY** | **TAK/ NIE** |
| Osoba pracująca |  |
| Pracownik instytucji systemu/ sektora ochrony zdrowia |  |
| Pracownik wykonujący administracyjne czynności zawodowe zatrudniony w podmiocie leczniczym świadczącym podstawową opiekę zdrowotną[[4]](#footnote-4) |  |

**Oświadczam że zapoznałem/am się z informacjami na temat przetwarzania danych osobowych dostępnymi na stornie** <https://pzn.org.pl/bydgoszcz/>

 **……………………………………………**

 **PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w tej deklaracji na potrzeby uczestnictwa i realizacji w/w projektu zgodnie z obowiązującymi przepisami.**

 **……………………………………………**

 **PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU**

**…..……………………………………… ……………………………………………**

**MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU**

1. Wpisanie daty urodzenia jest wymagane wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL. [↑](#footnote-ref-1)
2. WYŻSZE - Kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich; POLICEALNE - Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższy; PONADGIMNAZJALNE - Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej – średnie ogólnokształcące, zasadnicze zawodowe; GIMNAZJALNE - Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej; PODSTAWOWE - Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej; BRAK - Brak formalnego wykształcenia, niższe niż podstawowe. [↑](#footnote-ref-2)
3. Miejsce zamieszkania według Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. [↑](#footnote-ref-3)
4. Podstawowa opieka zdrowotna zgodnie z definicją zawartą w art. 5. ppkt. 27) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. [↑](#footnote-ref-4)