



Projekt „E-learning w służbie lekarzom” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

DEKLARACJA UCZESTNIKA

Deklaruję chęć przystąpienia do Projektu „E-learning w służbie lekarzom” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki i oświadczam, że:

1) Ja, (imię i nazwisko)

jestem lekarzem/ką / dentystą/ką, zatrudnionym/ą na terenie województwa mazowieckiego. Mój numer Prawa Wykonywania Zawodu:,

2) jestem zatrudniony/a* w (czytelnie NAZWA oraz ADRES!):

.....
.....
.....

i z własnej inicjatywy jestem zainteresowany/a podnoszeniem i uzupełnianiem kwalifikacji zawodowych poza godzinami pracy,

3) zapoznałem/am się z regulaminem uczestnictwa w projekcie.

Powyższe dane są prawdziwe i jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

*UWAGA:

Uczestnikami projektu MOGA BYĆ pracujące osoby dorosłe (ukończone 18 lat), lekarze/rki, lekarze/rki dentyści zatrudnieni na terenie woj. mazowieckiego. Zatrudniony/a rozumiane zgodnie z definicją Kodeksu Pracy i innych przepisów prawa krajowego (umowa o pracę - choćby na ułamek etatu, umowa zlecenie, dzieło, powołania, mianowania, umowy o staż). Uczestnictwo w programach edukacyjnych odbywa się poza godzinami pracy.

Uczestnikami projektu NIE MOGA być osoby, które TYLKO I WYŁĄCZNIE PROWADZĄ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ (tylko własna firma).

Prowadzący własną firmę, w celu przystąpienia do projektu muszą jednocześnie być zatrudnieni w innej instytucji na podstawie oddzielnej umowy (umowa o pracę - choćby na ułamek etatu, umowa zlecenie, dzieło, powołania, mianowania, umowy o staż).

Formularz zgłoszeniowy udziału w Projekcie

Lp	Nazwa	Proszę CZYTELNIE uzupełnić WSZYSTKIE pola !
Dane uczestnika	1	Imię (imiona)
	2	Nazwisko
	3	Płeć
	4	Wiek
	5	PESEL (czytelnie!)
	6	Wykształcenie
	7	Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną
Dane kontaktowe	8	Ulica
	9	Nr domu
	10	Nr lokalu
	11	Miejscowość
	12	Obszar wiejski / miejski
	13	Kod pocztowy
	14	Województwo
	15	Powiat
	16	Telefon stacjonarny
	17	Telefon komórkowy (czytelnie)
	18	Adres e-mail (czytelnie)

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przystąpieniem do Projektu „E-learning w służbie lekarzom” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) administratorem tak zebranych danych osobowych jest **Minister Rozwoju Regionalnego** pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa;
- 2) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „E-learning w służbie lekarzom”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
- 3) moje dane osobowe, mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „E-learning w służbie lekarzom”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
- 4) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
- 5) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU