



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

w ramach projektu „Wdrożenie programu profilaktyki czerniaka, raka podstawnokomórkowego, raka płaskonabłonkowego i innych nowotworów skóry oraz stanów ich poprzedzających w województwie mazowieckim i łódzkim”

DANE OSOBOWE KANDYDATA			
Imię (imiona) i nazwisko:			
Data urodzenia:		Miejsce urodzenia:	
Obywatelstwo:		Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	
PESEL:			
ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica:			
Numer domu:		Numer lokalu:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Gmina:		Powiat:	
Województwo:			
KONTAKT			
Telefon stacjonarny:		Telefon komórkowy:	
Adres e-mail:			
WYKSZTAŁCENIE			
Wykształcenie:		Uzyskany tytuł zawodowy w przypadku ukończenia szkoły wyższej:	
<input type="checkbox"/> Wyższe magisterskie <input type="checkbox"/> Wyższe licencjackie <input type="checkbox"/> Pomaturalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne			
ZATRUDNIENIE			
Nazwa i adres miejsca zatrudnienia (pełna nazwa):			
Zajmowane stanowisko:		Zakład/Jednostka:	
STATUT NA RYNKU PRACY			
Osoba bezrobotna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy:		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy:		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba długotrwale bezrobotna:		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba pracująca:		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bierna zawodowo, w tym:		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba ucząca się		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE



Osoba nie uczestnicząca w kształceniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba nie uczestnicząca w szkoleniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

INNE DANE

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej):	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Brak doświadczenia zawodowego:	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE

DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:

- Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Proszę podać nazwę wsparcia

Nazwa wsparcia

1. Szkolenie dla lekarzy POZ lub edukatorów POZ

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikacyjności uprawniające do udziału w Projekcie.

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Warszawski Uniwersytet Medyczny w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis wnioskodawcy