



**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:			
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:	
----------------	--

**ZATRUDNIENIE**

Nazwa i adres miejsca zatrudnienia (pełna nazwa):	
Zajmowane stanowisko/ wykonywany zawód:	

**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 (inne 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
<p>Jakie usługi dostępnościowe musimy zapewnić żeby Pan/Pani czuł/a się komfortowo?</p> <input type="checkbox"/> tłumacz polskiego języka migowego, <input type="checkbox"/> asystent, <input type="checkbox"/> pokój dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, <input type="checkbox"/> nie potrzebuję usług dostępnościowych, <input type="checkbox"/> Inne (proszę podać jakie) .....			
<b><u>DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych</li> <li>- Deklaracja udziału w projekcie</li> <li>- Ankietę kwalifikującą do badań</li> <li>- Oświadczenie o świadczeniu medycznym</li> <li>- Karta Pacjenta</li> </ul>		
Nazwa wsparcia:	Proszę podać nazwę wsparcia		
	<input type="checkbox"/> <b>Badanie w POZ (placówka Podstawowej Opieki Zdrowotnej)</b> <input type="checkbox"/> <b>Konsultacja edukacyjna/ świadomościowa</b> <input type="checkbox"/> <b>Badanie dermatoskopowe wraz z konsultacją lekarza specjalisty</b> <input type="checkbox"/> <b>Badanie wideodermatoskopowe wraz z konsultacją lekarza specjalisty</b>		
<b><u>OŚWIADCZENIA</u></b>			
<p>Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikacyjności uprawniające do udziału w Projekcie.</p> <p>Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Warszawski Uniwersytet Medyczny w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.</p>			
..... Miejscowość i data		..... Podpis wnioskodawcy	