



Załącznik nr 1a

do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie nr POWR.05.03.00-00-0011/15
pn. „Program rozwojowy Wydziału Nauk Medycznych (po zm. WL i WNoZ/SzZP) UWM w Olsztynie”

Data wpływu:	
Numer zgłoszenia:	

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
(dla instruktorów i techników)

UWAGA! Przed rozpoczęciem wypełniania formularza zgłoszeniowego należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie nr POWR.05.03.00-00-0011/15 pn. „Program rozwojowy Wydziału Nauk Medycznych (po zm. WL i WNoZ/SzZP) UWM w Olsztynie”. Regulamin dostępny jest na stronie www.bip.uwm.edu.pl, www.csm.uwm.edu.pl oraz w Zakładzie Dydaktyki i Symulacji Medycznej Collegium Medicum z Centrum Symulacji Medycznej przy ul. Warszawskiej 30 w Olsztynie, pok. 207.

I. CZĘŚĆ WYPEŁNIANA PRZEZ KANDYDATA/KĘ

DANE PERSONALNE

Imię: Nazwisko:

Telefon kontaktowy: Adres e-mail:

WNIOSKOWANY RODZAJ WSPARCIA W RAMACH PROJEKTU

Nazwa formy wsparcia:

KRYTERIA KWALIFIKOWALNOŚCI UPRAWNIAJĄCE DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

☐ Jestem pracownikiem zatrudnionym w ramach projektu nr POWR.05.03.00-00-0011/15 pn. „Program rozwojowy Wydziału Nauk Medycznych (po zm. WL i WNoZ/SzZP) UWM w Olsztynie” na stanowisku

.....

OŚWIADCZENIA

- 1) Zapoznałam/łem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie nr POWR.05.03.00-00-0011/15 pn. „Program rozwojowy Wydziału Nauk Medycznych (po zm. WL i WNoZ/SzZP) UWM w Olsztynie”, akceptuję jego warunki i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
- 2) Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie określone w regulaminie.
- 3) Wyrażam zgodę na otrzymywanie na wskazany adres e-mailowy informacji związanych z projektem, w tym dotyczących rekrutacji.
- 4) Zostałam/łam poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- 5) Korzystam z pierwszej/kolejnej¹ formy wsparcia w ramach projektu.
- 6) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby projektu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

7) Podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Zostałem pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS

¹Niepotrzebne skreślić

II. CZĘŚĆ WYPEŁNIANA PRZEZ KOMISJĘ REKRUTACYJNĄ

DECYZJA

Pan/Pani

- ☐ został/a zakwalifikowany/a do udzielenia wsparcia w ramach projektu
- ☐ został/a zakwalifikowany/a do udzielenia wsparcia w ramach projektu, ale zgłoszenie zamieszczono na liście rezerwowej
- ☐ nie został/a zakwalifikowany/a do udzielenia wsparcia w ramach projektu

Uzasadnienie:

.....
.....

Data: Podpis przewodniczącego komisji: