



DEKLARACJA ZGŁOSZENIOWA DO PROJEKTU

„Program Rozwojowy Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku”

Prosimy o czytelne wypełnienie rubryk i zaznaczenie krzyżykiem odpowiedniego kwadratu

Treść	Lp.	Nazwa	Proszę wpisać lub wybrać właściwe	
Dane uczestnika	1	Imię (imiona)		
	2	Nazwisko		
	3	Płeć	Kobieta	<input type="checkbox"/>
			Mężczyzna	<input type="checkbox"/>
	4	Data urodzenia		
	5	Miejsce urodzenia		
	6	PESEL		
	7	Numer albumu		
	8	Kierunek studiów		
9	Semestr			
Dane kontaktowe	10	Ulica/ Nr domu/ Nr lokalu		
	11	Miejscowość		
	12	Obszar zamieszkania	Miejski	<input type="checkbox"/>
			Wiejski	<input type="checkbox"/>
	13	Kod pocztowy		
	14	Województwo		
	15	Powiat		
	16	Telefon stacjonarny		
	16	Telefon komórkowy		
17	Adres poczty elektronicznej			
18	Czy Pan/Pani posiada orzeczenie o niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
19	Jeżeli tak, czy jest to niepełnosprawność ruchowa?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		



	20	Zawód	
	21	Wykształcenie	
	22	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo: <input type="checkbox"/> Ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba pracująca
	23	Status uczestnika projektu	<input type="checkbox"/> Przynależność do mniejszości narodowej, migrantów <input type="checkbox"/> Obce pochodzenie <input type="checkbox"/> Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność <input type="checkbox"/> Niekorzystna sytuacja społeczna <input type="checkbox"/> Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących <input type="checkbox"/> Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu <input type="checkbox"/> Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji



Czy widzi Pan/Pani potrzebę doksztalcania się i podnoszenia swoich kwalifikacji? (Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)

Nie W niewielkim stopniu Tak

Proszę ocenić czy poniższe cechy dotyczą Pana/Pani osoby: (Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)

a) motywacja do nauki Nie W niewielkim stopniu Tak

b) wiara we własne siły Nie W niewielkim stopniu Tak

c) potrzeba rozwoju Nie W niewielkim stopniu Tak

Proszę ustosunkować się do po niższych stwierdzeń i wstawić „X” w kratce z odpowiedzią, z którą Pan/i się zgadza.

	<i>Tak</i>	<i>W średnim stopniu</i>	<i>Nie</i>
Chcę wziąć udział w projekcie, ponieważ lubię nowe wyzwania			
Chcę wziąć udział w projekcie, bo lubię wykorzystywać każdą okazję, by się czegoś nowego nauczyć			
Uważam, że udział w projekcie pozwoli mi uwierzyć w swoje możliwości i podnieść samoocenę			

1. Oświadczam, iż podane wyżej dane są zgodne z prawdą i zostałem(am) pouczony(a) o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
2. Oświadczam, że nie jestem uczestnikiem innego projektu współfinansowanego w ramach Osi priorytetowej V Wsparcie dla obszaru zdrowia.
3. Oświadczam, iż jestem studentem studiów I stopnia kierunku pielęgniarstwo WSEI (nabór).
4. Wyrażam zgodę na:
 - a) przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922).
 - a) badanie ewaluacyjne, którego celem jest udoskonalenie oferowanej dotychczas pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb przyszłych uczestników.

.....
/Miejscowość i data podpisania Ankiety/

.....
/Czytelny podpis uczestnika Projektu/

