„Realizacja Programu Rozwojowego w zakresie symulacji medycznej w Wyższej Szkole Medycznej w Białymstoku" współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej, z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-70/17)

Zgłoszenie – STUDENT- ZAWODY SYMULACJI MEDYCZNEJ – ZGŁOSZENIE ZESPOŁU

ZESPÓŁ……..
Imię i Nazwisko kandydata: .....

Pesel:…….

Numer indeksu: .....

Adres e-mail: .....

Telefon:…….

Stopień i rok studiów: .....

Rodzaj studiów (stacjonarne/niestacjonarne): .....

Kierunek studiów: ……

Płeć: (M / K) – właściwe podkreślić

Niepełnosprawność (T / N) – właściwe podkreślić

* *w przypadku niepełnosprawności należy dołączyć orzeczenie potwierdzające stopień niepełnosprawności*

Deklaruję chęć przystąpienia do projektu *„„Realizacja Programu Rozwojowego w zakresie symulacji medycznej w Wyższej Szkole Medycznej w Białymstoku" współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej, z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-70/17)*i skorzystania z wsparcia w postaci Zawodów Symulacji Medycznej

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Jestem studentem …… roku studiów na kierunku ……. Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku spełniam kryteria kwalifikowalności określone dla projektu i wyrażam chęć wzięcia udziału w projekcie
2. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Projektu, akceptuję jego treść, jak również będę przestrzegać postanowień Regulaminu.
3. Świadom/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że przedstawionej powyżej dane są prawdziwe.

……. …….

/miejscowość i data /podpis uczestnika Projektu

„Realizacja Programu Rozwojowego w zakresie symulacji medycznej w Wyższej Szkole Medycznej w Białymstoku" współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej, z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-70/17)

Imię i Nazwisko kandydata: .....

Pesel:……..

Numer indeksu: .....

Adres e-mail: .....

Telefon:……

Stopień i rok studiów: .....

Rodzaj studiów (stacjonarne/niestacjonarne): .....

Kierunek studiów: …….……

Płeć: (M / K) – właściwe podkreślić

Niepełnosprawność (T / N) – właściwe podkreślić

* w przypadku niepełnosprawności należy dołączyć orzeczenie potwierdzające stopień niepełnosprawności

Deklaruję chęć przystąpienia do projektu „„Realizacja Programu Rozwojowego w zakresie symulacji medycznej w Wyższej Szkole Medycznej w Białymstoku" współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej, z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-70/17)i skorzystania z wsparcia w postaci Zawodów Symulacji Medycznej

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Jestem studentem …… roku studiów na kierunku ……. Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku spełniam kryteria kwalifikowalności określone dla projektu i wyrażam chęć wzięcia udziału w projekcie

2. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Projektu, akceptuję jego treść, jak również będę przestrzegać postanowień Regulaminu.

3. Świadom/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że przedstawionej powyżej dane są prawdziwe.

……. …….

/miejscowość i data /podpis uczestnika Projektu