**Zał. 1 do Regulaminu**

**Deklaracja o dobrowolnym przystąpieniu do udziału w projekcie pn. „*Program rozwojowy dla studentów i absolwentów kierunku Pielęgniarstwo w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Głogowie”***

***Zadanie 1 – Program stypendialny dla studentów kierunku pielęgniarstwo***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kierunek studiów** | | **Pielęgniarstwo – stopień I** | | | | |
| **Rok akademicki** | | **2019/2020** | | | | |
| **Roku nauki** | | II | | | | |
| **Tryb kształcenia** | | □ stacjonarny | | | | |
| **Dane osobowe** | **Kraj** |  | | | | |
| **Nazwisko** |  | | | | |
| **Imię** |  | | | | |
| **PESEL** |  | | | | |
| **Płeć** | **□** K | | | **□** M | |
| **Wiek** |  | | | | |
| **Wykształcenie** | **□** ponadgimnazjalne (szkoła średnia) | | | | |
| **□** policealne (szkoła policealna) | | | | |
| **□** wyższe (szkoła wyższa) | | | | |
| **Dane kontaktowe** | **Województwo** |  | | | | |
| **Powiat** |  | | | | |
| **Gmina** |  | | | | |
| **Miejscowość** |  | | | | |
| **Ulica** |  | | | | |
| **Nr budynku** |  | | **Nr lokalu** | |  |
| **Kod pocztowy** |  | | | | |
| **Telefon kontaktowy** |  | | | | |
| **Adres e-mail** |  | | | | |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** | **□**  **osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy** | | **□**  **osoba długotrwale bezrobotna** | | | |
| **□**  **osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy** | | | | | |
| **□**  **osoba bierna zawodowo (osoba ucząca się)** | | | | | |
| **□**  **osoba pracująca** | **Nazwa instytucji/przedsiębiorstwa:**  ……………………………………………………..  ……………………………………………………..  …………………………………………………….. | | | | |
| **□**  **rolnik** | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oświadczam, że jestem osobą należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia | □ – tak | □ – nie |
| Oświadczam, że jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań | □ – tak | □ – nie |
| Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną | □ – tak | □ – nie |
| Oświadczam, że jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | □ – tak | □ – nie |

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem(am) się z zasadami udziału w projekcie określonymi w Regulaminie rekrutacji, akceptuję jego warunki i wyrażam zgodę na udział w projekcie.
2. Zostałem(am) poinformowany(a), że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Na podstawie art. 28 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku   
   z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz. Urz. UE L 119/1, z 4.5.2016 wyrażam zgodę do przetwarzanie moich danych osobowych w zbiorze Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój oraz na potrzeby realizacji projektu.
4. Uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, wyżej wymienione dane są zgodne z prawdą.

……………………….………... …………………………………...

*(miejscowość i data)* *(czytelny podpis)*