

Załącznik nr 1  
Do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Kursach

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W KURSIE**

„Choroby genetycznie uwarunkowane – edukacja i diagnostyka”. Nr projektu UDA-POWER.04.03.00-00-0054/18

**Tytuł kursu :** Omics Data Science - Bioinformatyka i Analiza wielkoskalowych danych biomedycznych.

**Data i miejsce kursu:** 12 października 2019 - 9 lutego 2020, ul. Pawińskiego 5A budynek D, piąte piętro, 02-106 Warszawa.

**Wypełnienie wszystkich poniższych danych jest obowiązkowe do wzięcia udziału w kursie.**

Deklarację należy wypełnić drukowanymi literami

<b>Imię</b>			
<b>Nazwisko</b>			
PESEL			
<input type="checkbox"/> Brak PESEL	Wiek w chwili przystąpienia do projektu (w przypadku braku nr Pesel)		lat
<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	
Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z okazanym dowodem tożsamości			
.....			
data i czytelny podpis osoby reprezentującej beneficjenta			
data rozpoczęcia udziału w projekcie.....			(wypełnia realizator projektu)
Adres zamieszkania (ulica, nr budynku/lokalu			
Kod Pocztowy			
Miejscowość			
Gmina			
Powiat			
Województwo			
Telefon kontaktowy			

	Adres e-mail			
Status Uczestnika	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo w tym osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w szkoleniu lub kształceniu <input type="checkbox"/> Inne	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	
	Uczestnik	<input type="checkbox"/> indywidualny	<input type="checkbox"/> Pracownik lub przedstawiciel instytucji /podmiotu	
	Zatrudniona/y w:	<i>Wpisz pełną nazwę podmiotu/instytucji zatrudnienia</i>		
	Potwierdzenie wykonywania zawodu	<i>Nr prawa wykonywania zawodu lub nr wpisu na listę diagnostów</i>		
	Wykonywany zawód: (proszę wybrać jeden)	<input type="checkbox"/> lekarz POZ (w tym rodzinny) <input type="checkbox"/> lekarz innych specjalności (w tym w trakcie specjalizacji) jakiej: _____ <input type="checkbox"/> diagnosta laboratoryjny <input type="checkbox"/> technik laboratoryjny		
	Zaznacz odpowiedź, która najlepiej opisuje wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> inny - jaki? _____		
	Miejsce zatrudnienia	<input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w MMŚP (małe lub średnie przedsiębiorstwo) <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne - jakie? _____		
Wyszkolenie	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3)	<input type="checkbox"/> policealne (ISCED4)	<input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)	

	Kierunek studiów: (proszę wybrać jeden kierunek)	<input type="checkbox"/> Biologiczne <input type="checkbox"/> Chemiczne <input type="checkbox"/> Fizyczne <input type="checkbox"/> Informatyczne <input type="checkbox"/> Matematyczne <input type="checkbox"/> Medyczne <input type="checkbox"/> Inne – Jaki?		
<b>Dane wrażliwe</b>	Osoba z niepełnosprawnościami?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem do mieszkań?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
	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 w innej niekorzystnej sytuacji społecznej?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

Pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, **oświadczam**, iż dane oraz oświadczenia zawarte w niniejszym formularzu są kompletnie i zgodne z prawdą, według stanu na dzień złożenia deklaracji. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. Urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. Rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. Urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. Rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

**Deklaruję** udział w kursie organizowanym w ramach projektu pn. „Choroby genetycznie uwarunkowane – edukacja i diagnostyka” realizowanego w ramach POWER 2014-2020, nr projektu UDA-POWER.04.03.00-00-0054/18.

**Zapoznałem/am** się zrozumiiałem/am i akceptuję treść dokumentu „Oświadczenie uczestnika projektu” oraz zasady dotyczące Ochrony Danych Osobowych i wyrażam zgodę na wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie danych wrażliwych na potrzeby projektu.

Zgadzam się na wysyłanie drogą elektroniczną informacji związanych z platformą e-learningową projektu pn. „Choroby genetycznie uwarunkowane – edukacja i diagnostyka” realizowanego w ramach POWER 2014-2020, nr projektu UDA-POWER.04.03.00-00-0054/18.

.....  
data

.....  
czytelny podpis Uczestnika