



Data wpływu wniosku:	
<i>WYPEŁNIA BENEFICJENT [WSZ]</i>	

**WNIOSEK o wzięciu udziału w projekcie
pt. „Praktycznie dla zdrowia” - rozwój kompetencji zawodowych w ramach zintegrowanych
programów kształcenia w Wyższej Szkole Zdrowia w Gdańsku
Nr umowy POWR.03.05.00-00-ZR07/18-00
Moduł 3. Programy stażowe**

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU			
Imię (imiona) i nazwisko			
Imię ojca		Nazwisko rodowe	
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo		Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
PESEL			
ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Obszar	<input type="checkbox"/> MIEJSKI <input type="checkbox"/> WIEJSKI		
Adres e-mail		Telefon kontaktowy	
ADRES DO KORESPONDENCJI ¹			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			

¹ Jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania



Czy jest Pani/Pan studentem dietetyki w Wyższej Szkole Zdrowia w Gdańsku?	<input type="checkbox"/> Tak, semestr (wpisać, na którym semestrze) <input type="checkbox"/> Nie
SPEŁNIANIE DODATKOWYCH KRYTERIÓW	
Posiadanie kompetencji zawodowych i kluczowych	Kompetencje zawodowe (wymienić): Kompetencje kluczowe (wymienić): <input type="checkbox"/> brak posiadanych kompetencji
Status materialny	<input type="checkbox"/> Poniżej 900 zł netto miesięcznie na osobę w rodzinie studenta <input type="checkbox"/> 900 zł -1200 zł netto miesięcznie na osobę w rodzinie studenta <input type="checkbox"/> powyżej 1200 zł netto miesięcznie na osobę w rodzinie studenta
Doświadczenie zawodowe [branża dietetyczna]	Nazwa i miejsce zatrudnienia: Wykaz obowiązków: <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<u>DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • zaświadczenie o zatrudnieniu [w przypadku osób pracujących], • orzeczenie o niepełnosprawności [w przypadku wystąpienia niepełnosprawności], • zaświadczenie o pobieraniu stypendium socjalnego [w przypadku pobierania stypendium socjalnego], • wypełnioną ankietę pobraną ze strony projektu lub z biura projektu, • wypełniony test diagnostyczny.
<p>Ja, niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, iż:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo w Projekcie <i>Praktycznie dla zdrowia - rozwój kompetencji zawodowych w ramach zintegrowanych programów kształcenia w Wyższej Szkole Zdrowia w Gdańsku</i> • zostałem/am poinformowany/a, iż Projekt <i>Praktycznie dla zdrowia - rozwój kompetencji zawodowych w ramach zintegrowanych programów kształcenia w Wyższej Szkole Zdrowia w</i> 	



Gdańsku jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;

- **zostałem/am zapoznany/a z Regulaminem Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki;**
- **spełniam kryteria kwalifikowalności, uprawniające mnie do udziału w w/w Projekcie – zgodnie z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie**
- **zostałem pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń zgodnie z §233 Kodeksu Karnego i oświadczam, że dane podane w dokumentach (w tym wniosku o dopuszczenie do Projektu) są zgodne z prawdą.**

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis wnioskodawcy