



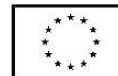
Data wpływu wniosku:	
WYPEŁNIA BENEFICJENT [WSZ]	

**DEKLARACJA 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 2.**

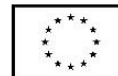
- Szkolenia zawodowe
- Zajęcia warsztatowe
- Zadania praktyczne realizowane w formie projektowej
- Wizyty studyjne

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU			
Imię (imiona) i nazwisko			
Obywatelstwo		Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
PESEL		Brak PESEL	<input type="checkbox"/>
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	



<b>ADRES DO KORESPONDENCJI <sup>1</sup></b>			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Czy jest Pan/ Pani studentem dietetyki w Wyższej Szkole Zdrowia w Gdańsku?	<input type="checkbox"/> Tak, semestr ..... (semestr zimowy 2021/22) <input type="checkbox"/> Nie		
Czy posiada Pan/ Pani orzeczenie o niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/> Tak (proszę załączyć stosowny dokument) <input type="checkbox"/> Nie		
Czy jest Pan/ Pani osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Nie		
Czy jest Pan/ Pani osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Nie		
Czy jest Pan/ Pani osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Nie		
Posiadane wykształcenie	<input type="checkbox"/> Wyższe <input type="checkbox"/> Pomaturalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne		

<sup>1</sup> Jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania



<b>OCENA POZIOMU KOMPETENCJI</b>	
Posiadanie kompetencji zawodowych i kluczowych	<p><b>Proszę ocenić poziom posiadanych kompetencji:</b></p> <p>I. Kompetencje zawodowe  <input type="checkbox"/> brak    <input type="checkbox"/> średniozaawansowany    <input type="checkbox"/> zaawansowany</p> <p>II. Kompetencje kluczowe (m. in. posługiwanie się jęz. obcym, kompetencje informatyczne, przedsiębiorczość, umiejętność uczenia się, kompetencje społeczne)  <input type="checkbox"/> brak    <input type="checkbox"/> średniozaawansowany    <input type="checkbox"/> zaawansowany</p>
Status materialny	<input type="checkbox"/> poniżej 900 zł netto miesięcznie na osobę w rodzinie studenta ( 5 pkt.) <input type="checkbox"/> powyżej 900 zł netto miesięcznie na osobę w rodzinie studenta (0 pkt.)
Doświadczenie zawodowe (branża dietetyczna)	<input type="checkbox"/> posiadam (0 pkt.) (proszę o wypełnienie pól poniżej)  Nazwa i miejsce zatrudnienia: ..... .....  Wykaz obowiązków: ..... .....  <input type="checkbox"/> brak doświadczenia (5 pkt.)
DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zaświadczenie o zatrudnieniu [w przypadku osób pracujących]</li> <li>• orzeczenie o niepełnosprawności [w przypadku wystąpienia niepełnosprawności]</li> <li>• zaświadczenie o pobieraniu stypendium socjalnego [w przypadku pobierania stypendium socjalnego]</li> <li>• kserokopię certyfikatów językowych, jeżeli student takie posiada</li> <li>• wypełnioną ankietę pobraną ze strony projektu lub z biura projektu</li> <li>• wypełniony test diagnostyczny</li> </ul>



Ja, niżej podpisany/a, niniejszym

a) deklaruję chęć i zgodę na uczestnictwo w Projekcie Praktycznie dla zdrowia - rozwój kompetencji zawodowych w ramach zintegrowanych programów kształcenia w Wyższej Szkole Zdrowia w Gdańsku

b) oświadczam, iż:

- **zostałem/am poinformowany/a, iż Projekt *Praktycznie dla zdrowia - rozwój kompetencji zawodowych w ramach zintegrowanych programów kształcenia w Wyższej Szkole Zdrowia w 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**
- **wyrażam zgodę na wykorzystywanie zdjęć i filmów z moim wizerunkiem wykonywanych podczas działań realizowanych 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