ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA W SZKOLENIU

**w ramach projektu pn.:**

***Szkolenia dla kadry medycznej województwa świętokrzyskiego w zakresie zdrowia prokreacyjnego i standardów leczenia niepłodności***



**Kontakt – Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach**

**Klinika Położnictwa i Ginekologii**

**tel.41 367-12-63**

**e-mail:ginekologia@wszzkielce.pl**

|  |
| --- |
| Pola obowiązkowe: |
| ***Data wypełnienia:*** |  |
| ***Imię i nazwisko uczestnika:*** |  |
| ***PESEL (w przypadku braku nr Pesel wpisać datę urodzenia):*** |  |
| ***Płeć:*** | **** □KOBIETA □ MĘŻCZYZNA |
| ***Adres (ulica, nr budynku/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość/gmina):*** |  |
| ***Telefon:*** |  |
| ***E-mail:*** |  |
| ***Wykształcenie:*** | □niższe niż podstawowe □ podstawowe□gimanzjalne □ ponadgimnazjalne□policealne □ wyższe |
| ***Status na rynku pracy (w chwili przystąpienia do projektu)*** | □osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzedów pracy – osoba długotrwale bezrobotna □osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzedów prac –inna □ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzedów pracy – osoba długotrwale bezrobotna □ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzedów pracy – inna □osoba bierna zawodowo –osoba ucząca się□osoba bierna zawodowo – osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu□osoba bierna zawodowo – inne□osoba pracująca |
| ***Osoba pracująca w (jeśli dotyczy, jedna odpowiedź):*** | □administracji rządowej □ administracji samorządowej □inne□mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie□organizacji pozarządowej □ prowadząca działaność na włany rachunek □w dużym przedsiębiorstwie |
| ***Wykonywany zawód*** ***(pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia):*** | □lekarz/lekarka specjalista/ specjalistka z dz. połoznictwa, ginekologii □ położna/położny □lekarz/lekarka podstawowej opieki zdrowotnej |
| ***Instytucja zatrudnienia*** ***(jeśli dotyczy):***  |  |
| ***Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań*** | □TAK □ NIE |
| ***Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących:*** | □TAK □ NIE**w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu:** □TAK □ NIE |
| ***Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu:*** | □TAK □ NIE |
|  ***Numer edycji szkolenia:***  | □I□ II □III  | ***Data szkolenia:*** |  |
| Pola nieobowiązkowe: |
| ***Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia*** | □TAK □ NIE □ ODMOWA ODPOWIEDZI |
| ***Osoba z niepełnosprawnościami:*** | □TAK □ NIE □ ODMOWA ODPOWIEDZI**w tym posiadany stopień niepełnosprawności:**…………………………………………………………………….. |
| ***Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej):*** | □TAK □ NIE □ ODMOWA ODPOWIEDZI |

***OŚWIADCZENIA/ZGODY\*\*:***

1. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą OŚWIADCZAM, że zapoznałem/am się i akceptuję „Regulamin uczestnictwa w szkoleniu organizowanym przez Klinikę Położnictwa i Ginekologii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach w zakresie zdrowia prokreacyjnego i standardów leczenia niepłodności” oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości możliwość zmiany Regulaminu i zobowiązuję się każdorazowo do zapoznania się ze zmianami w całym okresie realizacji Projektu.
2. Dobrowolnie przystępuję do udziału w projekcie (szkoleniu) – uczestnik indywidualny.
3. Oświadczam, iż posiadam ważne prawo wykonywania zawodu.
4. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku na stronach internetowych związanych z projektem oraz w celu dokumentowania realizacji projektu zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t. j. Dz. U. z 2018r., poz. 1191 ze zm.). Wyrażenie zgody oznacza, że fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas szkoleń będą mogły zostać wykorzystane jedynie w celu realizacji projektu. Zrzekam się wszelkich roszczeń (istniejących i przyszłych), w tym również o wynagrodzenie względem WSzZ w Kielcach, z tytułu wykorzystywania mojego wizerunku na potrzeby określone w oświadczeniu/zgodzie.
5. Oświadczam, iż w przypadku rezygnacji ze szkolenia w nieregulaminowym terminie, zobowiązany/a będę, na żądanie WSzZ w Kielcach do zwrotu kosztów.
6. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą OŚWIADCZAM, że wszystkie dane w formularzu są prawdziwe.

|  |  |
| --- | --- |
| \*\* wymóg formalny uczestnictwa w szkoleniu | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis uczestnika/czki  |