**Załącznik nr 2 do regulaminu rekrutacji uczestników Projektu**

**Karta Uczestnika Projektu**

Dane osobowepowierzone do przetwarzania w zbiorze Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwójw ramach projektu nr  **POWR.05.04.00-00-D162/18-00,** pn. „Podniesienie jakości wysokospecjalistycznego kształcenia podyplomowego w zakresie kardiologii”

|  |  |
| --- | --- |
| DANE UCZESTNIKA | |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Wiek w chwili przystępowania do projektu |  |
| Płeć | Kobieta  Mężczyzna |
| Wykształcenie |  |
| DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA | |
| Ulica |  |
| Nr domu |  |
| Nr lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Obszar | Obszar miejski  Obszar wiejski |
| Kod pocztowy |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres poczty elektronicznej (e-mail) |  |
| STATUS UCZESTNIKA | |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | Osoba pracująca  Osoba bierna zawodowo  Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy |
| Specjalne potrzeby | Tłumacz Polskiego języka migowego  Napisy na żywo  Pętla Indukcyjna  Specjalne wyżywienie  ……………………………………………. |
| Kategoria uczestnika projektu | przedstawiciel kadry lekarskiej, zatrudniony w podmiotach leczniczych (bez względu na formę zatrudnienia)  lekarz wykonujący zawód w ramach działalności leczniczej jako praktyki zawodowej , o której mowa w art. 5 ustawy o działalności leczniczej  lekarz rezydent  lekarz stażysta  lekarz odbywający specjalizację w trybie pozarezydenckim  lekarz specjalista chcący podnosić swoje kompetencje zawodowe |
| Wykonywany zawód |  |
| Numer prawa do wykonywania zawodu |  |
| Miejsce zatrudnienia |  |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | TAK  NIE  ODMAWIAM PODNIANIA INFORMACJI |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | TAK  NIE |
| Osoba z niepełnosprawnościami | TAK  NIE  ODMAWIAM PODNIANIA INFORMACJI |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | TAK  NIE  ODMAWIAM PODNIANIA INFORMACJI |
| SZCZEGÓŁY WSPARCIA  (wypełnia osoba odpowiedzialna za monitoring uczestników projektu) | |
| Rodzaj przyznanego wsparcia |  |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie |  |
| Data zakończenia udziału w projekcie |  |
| Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………….. |  | ………………………………………………. |
| *Miejscowość i data* |  | *Czytelny podpis* |