**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* |