Załącznik nr 1

do Regulaminu uczestnictwa w projekcie

**„ECDL w ochronie zdrowia Dolnego Śląska”**

**Beneficjent: Spółka Data Techno Park Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu 50-556, przy ul. Borowskiej 283b**

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**w ramach**

**Priorytetu IX** Rozwój wykształcenia i kompetencji w regionach

**Działania 9.6** Upowszechnienie uczenia się dorosłych

**Poddziałania 9.6.2** Podwyższenie kompetencji osób dorosłych w zakresie ICT i znajomości języków obcych

**Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013   
w województwie dolnośląskim**

Szanowni Państwo,

Dziękujemy za zainteresowanie naszym Projektem.

Program szkoleniowy ma na celu zwiększenie Państwa umiejętności w zakresie obsługi komputera i znajomości programów komputerowych.

Niniejszy formularz jest oceniany systemem zgodnie z Regulaminem uczestnictwa w projekcie.

Dziękujemy.

**Instrukcja wypełniania Formularza**:

1. Swoją odpowiedź prosimy zakreślić krzyżykiem.

2. W miejscach do tego przeznaczonych prosimy o wpisanie **DRUKOWANYMI LITERAMI** wymaganych informacji.

3. Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól.

4. Brak wymaganych własnoręcznych, czytelnych podpisów pod wszystkimi oświadczeniami znajdującymi się na końcu formularza traktowany jest jako błąd formalny i skutkuje odrzuceniem formularza i odstąpieniem od jego oceny.

**UWAGA!!!** Przed przystąpieniem do rekrutacji należy zapoznać się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie „ECDL w ochronie zdrowia Dolnego Śląska”

**DANE OSOBOWE UCZESTNIKA:**

Imię ………………………………….……   
Nazwisko ….……………..………………………….……

PESEL…………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………….…………

Adres korespondencyjny ………………………………………………………………….…………………..

Telefon kontaktowy ……………………….………………… Fax………………..……….…………...……

e-mail ……………………………………………………………

**WYBRANY POZIOM ECDL:**

🞎 START 🞎 CORE

**PYTANIA I OŚWIADCZENIA**

1. **Proszę o zaznaczenie odpowiedniego dla Pana/Pani przedziału wiekowego:**  
   🞎 18 - 24 🞎 25 - 49 🞎 50 - 64

Proszę o podanie Pana/Pani daty urodzenia w formacie (RRRR-MM-DD)  
 ………………………………………………………….

**1a. Jestem osobą, która ukończyła 64 rok życia:** 🞎 TAK 🞎 NIE

**1b. Jestem osobą, która ukończyła 50 rok życia:**

🞎 TAK 🞎 NIE

1. **Posiadam wykształcenie:**

🞎 **wyższe** (studia wyższe I i II st. z tytułem licencjata, inżyniera lub magistra)

🞎 **średnie** (ukończona szkoła średnia, lub szkoła ponadgimnazjalna)

🞎 **zasadnicze zawodowe** (ukończona zasadnicza szkoła zawodowa)

🞎 **gimnazjalne** (ukończone gimnazjum)

🞎 **podstawowe** (ukończona szkoła podstawowa lub podstawowe studium zawodowe)

1. **Mam miejsce zamieszkania na terenie Dolnego Śląska**

🞎 TAK 🞎 NIE

1. **Z własnej inicjatywy deklaruję chęć do udziału w projekcie:**

🞎 TAK 🞎 NIE

1. 🞎 **Nie byłem/am, nie jestem objęty/a wsparciem w ramach projektu realizowanego w Poddziałaniu 9.6.1 i/lub 9.6.2 i/lub 9.3**

🞎 **Byłem/am, jestem objęty/a wsparciem w ramach projektu realizowanego w Poddziałaniu 9.6.1 i/lub 9.6.2 i/lub 9.3**

1. **Jestem osobą:**

🞎 **zatrudnioną** – **pracującą w branży medycznej** (m.in. pielęgniarka/arz, położna/y, recepcjonistka/ta, salowa/y, technik medyczna/y, lekarz/ka, farmaceuta/tka, analityk medyczna/y, laborant/ka, pracownik administracji, zawody pokrewne)

🞎 **zatrudnioną – niepracującą w branży medycznej**

🞎 **nieaktywną zawodowo** ( w tym uczącą się lub kształcącą) powiązaną z branżą medyczną (wykształcenie/zdobywanie wykształcenia w obszarach medycznych, dotychczasowy wykonywany zawód powiązany z branżą medyczną)

🞎 **bezrobotną** (zarejestrowaną w PUP)

1. **Płeć:** 🞎 Kobieta 🞎 Mężczyzna

Oświadczam, iż podane wyżej dane są zgodne z prawdą.

Zostałem pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

………...……………….…………………

data i czytelny podpis kandydata

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Spółkę Data Techno Park Sp. z o.o. danych osobowych zawartych w powyższym kwestionariuszu, do celów realizacji projektu oraz ewaluacji „ECDL w ochronie zdrowia Dolnego Śląska” zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r.

………...……………….…………………

data i czytelny podpis kandydata

Oświadczam, że zostałem(-łam) poinformowany(a) że projekt pt. „ECDL w ochronie zdrowia Dolnego Śląska” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki Działanie 9.6. Upowszechnienie uczenia się dorosłych, Poddziałanie 9.6.2 Podwyższenie kompetencji osób dorosłych w zakresie ICT i znajomości języków obcych**.**

………...……………….…………………

data i czytelny podpis kandydata

Oświadczam, że zapoznałam(-łem) się i z *Regulaminem uczestnictwa w projekcie*   
„ECDL w ochronie zdrowia Dolnego Śląska” i akceptuję jego warunki.

………...……………….…………………

data i czytelny podpis kandydata

Wyrażam zgodę na badanie ewaluacyjne, którego celem jest udoskonalenie oferowanej dotychczas pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb przyszłych uczestników.

………...……………….…………………

data i czytelny podpis kandydata

Oświadczam, iż spełniam warunki kwalifikujące mnie do udziału w projekcie tj. jestem osobą, która:

* Ukończyła 50 r.ż. lub
* Posiada wykształcenie, co najwyżej średnie oraz
* jest zatrudniona w podmiotach leczniczych lub
* jest nieaktywna zawodowo (w tym ucząca lub kształcąca się) powiązaną z branżą medyczną (wykształcenie/zdobywanie wykształcenia w obszarach medycznych, dotychczasowy wykonywany zawód powiązany z branżą medyczną) oraz
* Zamieszkuje na terenie Dolnego Śląska oraz
* Deklaruje z własnej inicjatywy udział w szkoleniach ICT oraz
* Nie była, nie jest i nie będzie objęta wsparciem w ramach projektu realizowanego w Poddziałaniu 9.6.1. i/lub 9.6.2 i/lub 9.3.

………...……………….…………………

data i czytelny podpis kandydata