**Załącznik nr 1 do Regulaminu**

………………………….
miejscowość, data

**WNIOSEK
o przyjęcie do programu szkoleń certyfikowanych prowadzących do uzyskania kwalifikacji i szkoleń kształcących kompetencje, realizowanego w ramach projektu pt. *Wielomodułowy program poprawy efektywności i jakości funkcjonowania Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego*, zadanie 3 – Program poprawy kompetencji studentów (moduł 2),**

**nr POWR.03.05.00-00-z082/18**

Imię i nazwisko Kandydata: ……………………………………………………………………………………………………………………………

Kierunek studiów: …………………………………………………………………...........................................................................

Wydział ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Stopień studiów: …………………

Rok studiów: ……………………….

Numer albumu: ……………………

Telefon: ………………………………..

Adres e-mail: ………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryteria oceny Kandydata** | **Źródło danych** | **Przyznane punkty - wypełnia Komisja Kwalifikacyjna** |
| Średnia ocen uzyskanych za poprzedni rok akademicki (średnia arytmetyczna), wyliczona - do dwóch miejsc po przecinku - z egzaminów z przedmiotów objętych programem studiów danego roku, zgodnie z przelicznikiem określonym w Regulaminie. | Pisemna informacja o średniej ocen uzyskanych w poprzednim roku akademickim, potwierdzona przez właściwy dziekanat |  |
|  | **Suma punktów** |  |

1. Czy Kandydat brał już udział w Szkoleniu/Szkoleniach, realizowanych w ramach Programu? - **TAK\*/NIE\***

 *(jeśli wybrano odpowiedź TAK)*

Proszę podać temat i datę Szkolenia/Szkoleń:

1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. Czy Kandydat jest uczestnikiem programu zajęć warsztatowych w formie projektowej, realizowanym w ramach Zadania? - **TAK\*/NIE\***
5. Czy Kandydat jest uczestnikiem wizyt studyjnych, realizowanych w ramach Zadania? - **TAK\*/NIE\***

Oświadczam, że dane podane we wniosku o przyjęcie do programu są zgodne ze stanem faktycznym i jest mi znana odpowiedzialność regulaminowa i prawna za wpisanie danych niezgodnych z prawdą.

 ……………………………………………………….

 Data i czytelny podpis Kandydata

Załączniki:

|  |  |
| --- | --- |
| Załącznik nr 1 | Deklaracja uczestnictwa w Projekcie. |
| Załącznik nr 2 | Formularz danych osobowych.  |

*\*niepotrzebne skreślić.*

**Załącznik nr 1 do Wniosku**

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

1. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w programie szkoleń certyfikowanych prowadzących do uzyskania kwalifikacji i szkoleń kształcących kompetencje, w ramach projektu pt. *Wielomodułowy program poprawy efektywności i jakości funkcjonowania Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego,* zadanie 3 – Program poprawy kompetencji studentów (moduł 2), nr POWR.03.05.00-00-z082/18.
2. Projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 - 2020, Oś priorytetowa III - Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju, Działanie 3.5 - Kompleksowe programy szkół wyższych.
3. Oświadczam, iż:
* jestem studentką/tem studiów stacjonarnych …………. roku na kierunku ………………....................., na Wydziale …………… i spełniam kryteria kwalifikowalności, uprawniające do udziału w Projekcie;
* zapoznałam/łem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w programie szkoleń certyfikowanych prowadzących do uzyskania kwalifikacji i szkoleń kształcących kompetencje, realizowanym w ramach projektu pt. *Wielomodułowy program poprawy efektywności i jakości funkcjonowania Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego*, zadanie 3 – Program poprawy kompetencji studentów (moduł 2), Regulamin akceptuję i zobowiązuję się do jego przestrzegania;
* zostałam/łem poinformowana/y, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014 - 2020, Oś priorytetowa III - Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju, Działanie 3.5 - Kompleksowe programy szkół wyższych;
* jestem świadoma/y, że złożenie dokumentów aplikacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w Projekcie;
* zobowiązuję się do uczestnictwa w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu;
* zobowiązuję się do podawania wymaganych danych, niezbędnych do wypełniania przez Beneficjenta obowiązków w zakresie monitoringu i sprawozdawczości w ramach PO WER;
* zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Beneficjenta o zmianach moich danych osobowych;
* wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Gdański Uniwersytet Medyczny z siedzibą w Gdańsku, przy ul. M. Skłodowskiej - Curie 3a, 80-210 Gdańsk, na potrzeby realizacji Projektu, na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zgodnie z Załącznikiem 2 do Regulaminu;
* administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa;
* uprzedzona/ny o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszej Deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

……………………………………………………..

 Data i czytelny podpis Kandydata

**Załącznik nr 2 do Wniosku**

**FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA** | 1. | Imię (imiona) |  |
| 2. | Nazwisko |  |
| 3. | PESEL |  |
| 4. | Płeć | □ Kobieta □ Mężczyzna |
| 5. | Wiek w chwili przystąpienia do Projektu |  |
| 6. | Wykształcenie (wyższe, policealne, ponadgimnazjalne, gimnazjalne, podstawowe, niższe niż podstawowe) |  |
| **DANE KONTAKTOWE** | 7. | Województwo |  |
| 8. | Powiat |  |
| 9. | Gmina |  |
| 10. | Miejscowość |  |
| 11. | Ulica |  |
| 12. | Nr budynku/Nr lokalu |  |
| 13. | Kod pocztowy |  |
| 14. | Obszar | □ obszar wiejski □ gmina wiejska□ gmina miejsko-wiejska□ gmina miejska□ miasto do 25 tys. mieszkańców□ miasto powyżej 25 tys. mieszkańców |
| 15. | Telefon kontaktowy |  |
| 16. | Adres poczty elektronicznej (e-mail) |  |
| **SZCZEGÓŁY WSPARCIA** | 17. | Data rozpoczęcia udziału w Projekcie |  |
| 18. | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu | □ Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy □ Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy□ Osoba bierna zawodowo□ Osoba pracująca, miejsce zatrudnienia: …………………………........................................................................................................................................... |
|  |  | W tym:Wykonywany zawód | □ Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego □ Pracownik instytucji rynku pracy□ Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia □ Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej □ Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej□ Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej□ Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej □ Nauczyciel kształcenia zawodowego □ Nauczyciel kształcenia ogólnego□ Nauczyciel wychowania przedszkolnego□ Instruktor praktycznej nauki zawodu□ Rolnik□ Inny |
| **STATUS UCZESTNIKA**  | 19. | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | □ TAK□ NIE□ ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| 20. | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | □ TAK□ NIE |
| 21. | Osoba z niepełnosprawnościami | □ TAK□ NIE□ ODMOWA PODANIA INFORMACJI  |
| 22. | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | □ TAK□ NIE□ ODMOWA PODANIA INFORMACJI |

……………………………………………………..

 Data i czytelny podpis Kandydata