

INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ BIURO REKRUTACYJNE PRZYJMUJĄCĄ FORMULARZ REKRUTACYJNY Z ZAŁĄCZNIKAMI :	
Nr formularza: (nadawany przez Biuro Rekrutacyjne projektu)
Data wpływu: (dzień-miesiąc-rok)	
Miejsce przyjęcia/ Liczba stron:	
Podpis osoby przyjmującej wniosek:	

FORMULARZ REKRUTACYJNY
„Profesjonalny diagnosta laboratoryjny”
POWR.05.04.00-00-0137/18

1. DANE PERSONALNE	
Imię (imiona) i nazwisko	
2. OŚWIADCZAM, ŻE:	
Zgłaszam chęć udziału w projekcie „Profesjonalny diagnosta laboratoryjny” nr POWR.05.04.00-00-0137/18 realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Oś priorytetowa V.: Wsparcie dla obszaru zdrowia; Działanie 5.4: Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego	
Akceptuję warunki uczestnictwa i zobowiązuję się do przestrzegania Regulaminu projektu „Profesjonalny diagnosta laboratoryjny”.	
Zgłaszam chęć udziału w szkoleniu (zaznaczyć tylko jedną opcję):	
<input type="checkbox"/> DIAGNOSYKA CHORÓB AUTOIMMUNOLOGICZNYCH – 36h	<input type="checkbox"/> DIAGNOSTYKA CHORÓB RZADKICH – 36 h
<input type="checkbox"/> GENETYKA NOWOTWORÓW – 36 h	<input type="checkbox"/> BIOLOGIA MOLEKULARNA W DIAGNOSTYCE CHORÓB ZAKAŹNYCH I BIOTECHNOLOGII – 36 h



<input type="checkbox"/> HEMOSTAZA W PRAKTYCE – 36h	<input type="checkbox"/> KONTROLA JAKOŚCI W LABORATORIUM – 36h
<input type="checkbox"/> CYTOLOGIA NOWOTWORÓRW PŁUCA WRAZ Z DIAGNOSTYKĄ PŁYNÓW Z JAM CIAŁA – 36h	<input type="checkbox"/> DIAGNOSTYKA NOWOTWORÓW – 36h
<input type="checkbox"/> HORMONY I NADCIŚNIENIE – 36h	
Proponuję następującą tematykę kursów (opcjonalnie) – 36 h	
Preferowany miesiąc szkolenia (luty 2019 – maj 2020)	
Przyjmuje do wiadomości, iż każde szkolenie kończy się egzaminem zewnętrznym potwierdzającym efekty kształcenia i wydaniem certyfikatu w celu formalnego potwierdzenia kwalifikacji <u>oraz zobowiązuje się poddać takiemu egzaminowi</u>	
Proszę opisać korzyści jakościowe dla systemu ochrony zdrowia płynące z udziału w danych szkoleniach (max. 2000 znaków):	



**W załączeniu do formularza rekrutacyjnego dołączam
(brak załączników będzie skutkowało odrzuceniem zgłoszenia)**

- Zgodę na przetwarzanie danych osobowych
- Dane osobowe podlegające przetwarzaniu
- OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW GRUPY DOCELOWEJ
- Kopia prawa wykonywania zawodu**
- Kopia dyplomu ukończenia uczelni lub inne dokumenty potwierdzające przynależność do grupy docelowej**
- Zaświadczenie z miejsca pracy lub oświadczenie podmiotu leczniczego o współpracy w ramach kontraktu z uczestnikami projektu**

.....
Czytelny podpis kandydata