

ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH
„Profesjonalny diagnosta laboratoryjny”
POWR.05.04.00-00-0137/18

OŚWIADCZAM, ŻE:

Informacje zawarte w niniejszym formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe i jestem pouczony i świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, wynikającej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego.

1. DANE PERSONALNE

Imię (imiona) i nazwisko	
PESEL	
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

2. ADRES ZAMIESZKANIA

Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica nr domu i lokalu	
Kod pocztowy	
Obszar zamieszkania	<input type="checkbox"/> teren miejski <input type="checkbox"/> teren wiejski

3. ADRES DO KONTAKTU

Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica nr domu i lokalu	

4. DANE KONTAKTOWE

Telefon kontaktowy stacjonarny	(__ __) / ____ - ____ - ____
Telefon komórkowy	
Adres e-mail	

5. WYKSZTAŁCENIE (proszę zaznaczyć „X” właściwą odpowiedź/odpowiedzi)

Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak (brak formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> podstawowe (ukończone na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) <input type="checkbox"/> policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) <input type="checkbox"/> wyższe (ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, studiów wyższych magisterskich, studiów wyższych doktoranckich)
---------------	---

6. STATUS KANDYDATA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU (proszę zaznaczyć „X” właściwą odpowiedź/odpowiedzi)

Osoba pracująca	
▪ w tym osoba pracująca w administracji samorządowej	
▪ w tym osoba pracująca w administracji rządowej	
▪ w tym osoba pracująca w MMŚP	
▪ w tym osoba pracująca w organizacji pozarządowej	
▪ w tym osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	
▪ w tym osoba prowadząca działalność na własny rachunek	
▪ w tym osoba pracująca w innych podmiotach nie wymienionych powyżej	
Wykonywany zawód	
▪ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia	

Miejsce zatrudnienia:

Pełna nazwa

.....
.....
.....

Adres

.....
.....

.....
Czytelny podpis kandydata