

Formularz danych uczestnika

Projekt „Zarządzaj-Organizuj-Zmieniaj. Studia podyplomowe dla kadry zarządzającej w służbie zdrowia”

.....

Data wpływu i podpis przyjmującego

Wyszczególnienie	Lp.	Nazwa	
Dane uczestnika	1	Imię (imiona):	
	2	Nazwisko:	
	3	Płeć*	Kobieta
			Mężczyzna
	4	Data urodzenia	
	5	Miejsce urodzenia	
	6	Imię ojca	
	7	Imię matki	
	8	PESEL	
	9	NIP	
	10	Nr dowodu osobistego	
	11	Wydanego przez	
Adres zameldowania	12	Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną	Tak
			Nie
	13	Miejscowość	
	14	Kod pocztowy	
	15	Ulica	
	16	Nr domu	
	17	Nr mieszkania	
	18	Powiat	
	19	Województwo	
	20	Nr telefonu	
	21	Nr telefonu komórkowego	
Adres zamieszkania (pobyt czasowy)	22	Adres e-mail	
	23	Adres zamieszkania jest zgodny z adresem zameldowania	
	24	Miejscowość	
	25	Obszar	Obszar miejski
			Obszar wiejski
	26	Kod pocztowy	
	27	Ulica	
	28	Nr domu	
	29	Nr mieszkania	
	30	Powiat	
Wykształcenie	31	Województwo	
	31	Uczelnia	
	32	Data ukończenia studiów	
	33	Kierunek studiów	
	34	Uzyskany tytuł	

Zatrudnienie	35	Nazwa podmiotu leczniczego	
	36	Miejscowość	
	37	Kod pocztowy	
	38	Ulica	
	39	Nr domu	
	40	Nr mieszkania	
	41	Województwo	
	42	Nr telefonu	
	43	Stanowisko	
	44	Wielkość podmiotu	Mikroprzedsiębiorstwo
Małe przedsiębiorstwo			
Średnie przedsiębiorstwo			
Duże przedsiębiorstwo			

INFORMACJE MARKETINGOWE

Skąd Pan/Pani dowiedział się o studiach podyplomowych realizowanych w ramach projektu:

- ☐ Reklama w prasie (proszę wskazać czasopismo)
☐ Znajomi
☐ Strona www
☐ Plakaty
☐ Ulotki
☐ Uczelnia
☐ E-mailing
☐ Inne źródła, jakie :

Forma zatrudnienia: umowa o pracę ☐ kontrakt ☐ inne ☐.

☐ Oświadczam, że dane przedstawione w niniejszym formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej, jaką ponoszę za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

☐ Oświadczam, że zostałem poinformowany(a) o poniższym:

Administratorem moich danych osobowych jest Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, które dane te wykorzystać może do prowadzenia obsługi procesu dydaktycznego w ramach projektu "Zarządzaj-Organizuj-Zmieniaj. Studia podyplomowe dla kadry zarządzającej w służbie zdrowia". Ponadto dane osobowe będą przekazywane wyłącznie osobom działającym na rzecz projektu. Mam prawo do wglądu swoich danych osobowych i ich poprawiania oraz uzupełniania zgodnie z aktualnym stanem.

.....
 miejscowość, data

.....
 Podpis kandydata

Złóż wniosek