**Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji uczestników Projektu**

**Karta Uczestnika Projektu**

Dane osobowe powierzone do przetwarzania w zbiorze Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój w ramach projektu nr POWR.05.02.00-00-0011/18-00/1203/2019/686, pn. „Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia poprzez szkolenia pracowników administracyjnych oraz kadry zarządzającej w sektorze ochrony zdrowia przez Gdański Uniwersytet Medyczny”

|  |
| --- |
| DANE UCZESTNIKA |
| Imię  |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Wiek w chwili przystępowania do projektu |  |
| Płeć | [ ]  Kobieta [ ]  Mężczyzna |
| Wykształcenie |  |
| DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA |
| Ulica |  |
| Nr domu |  |
| Nr lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Obszar | [ ]  Obszar miejski [ ]  Obszar wiejski |
| Kod pocztowy |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres poczty elektronicznej (e-mail) |  |
| STATUS UCZESTNIKA |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | [ ]  Osoba pracująca[ ]  Osoba bierna zawodowo [ ]  Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy[ ] Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy |
| Specjalne potrzeby | [ ]  Tłumacz Polskiego języka migowego[ ]  Napisy na żywo[ ]  Pętla Indukcyjna[ ]  Specjalne wyżywienie[ ]  ……………………………………………. |
| Kategoria uczestnika projektu |  pracownicy pionów administracyjnych podmiotów leczniczych, np. rejestratorki/rejestratorzy, księgowe, specjaliści ds. zamówień publicznych; kadra zarządzająca podmiotami leczniczymi, np. dyrektorzy, managerowie ochrony zdrowia; kadra medyczna posiadająca w zakresie swoich obowiązków funkcje dministracyjne, np. ordynatorzy, pielęgniarki oddziałowe, pracownicy Narodowego Funduszu Zdrowia, pracownicy organów założycielskich podmiotów leczniczych tj. jednostek samorządu terytorialnego, uczelni medycznych (pracownicy administracyjni), ministerstw, urzędów wojewódzkich, centralnych urzędów administracji rządowej (uczestnikami mogą być wyłącznie pracownicy komórek organizacyjnych odpowiedzialnych za nadzór nad utworzonymi przez ten organ podmiotami leczniczymi); konsultanci krajowi i wojewódzcy. |
| Wykonywany zawód |  |
| Numer prawa do wykonywania zawodu |  |
| Miejsce zatrudnienia |  |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | [ ]  TAK [ ]  NIE[ ] ODMAWIAM PODNIANIA INFORMACJI |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| Osoba z niepełnosprawnościami | [ ]  TAK [ ]  NIE[ ] ODMAWIAM PODNIANIA INFORMACJI |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej  | [ ]  TAK [ ]  NIE[ ] ODMAWIAM PODNIANIA INFORMACJI |
| SZCZEGÓŁY WSPARCIA (wypełnia osoba odpowiedzialna za monitoring uczestników projektu) |
| Rodzaj przyznanego wsparcia |  |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie |  |
| Data zakończenia udziału w projekcie |  |
| Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………….. |  | ………………………………………………. |
| *Miejscowość i data* |  | *Czytelny podpis* |