

OŚWIADCZENIE – MONITORING SL2014

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu

Tytuł projektu: „Efektywne i nowoczesne kształcenie w monoprofiliowym centrum symulacji medycznej na kierunku pielęgniarstwo w PWSZ w Nysie”
Nr projektu: POWR.05.03.00-00-0022/19
Priorytet V. Wsparcie dla obszaru zdrowia
Działanie 5.3. Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych

Dane uczestnika projektu, który otrzymuje wsparcie w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Proszę uzupełnić i zaznaczyć właściwą odpowiedź X

	Lp.	Nazwa	Dane uczestnika	
Dane uczestnika	1.	Imię (imiona)		
	2.	Nazwisko		
Dane kontaktowe	3.	Adres poczty elektronicznej		
Dane dodatkowe	4.	Status społeczny i ekonomiczny osoby w chwili przystąpienia do projektu	1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:	
			Tak	Nie
			2. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	
			Tak	Nie
			3. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)::	
			Tak	Nie
			4. Osoba z niepełnosprawnościami:	
Tak	Nie			

Ja, niżej podpisany/-a, świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, iż dane podane w niniejszym Formularzu projektu „Efektywne i nowoczesne kształcenie w monoprofiliowym centrum symulacji medycznej na kierunku pielęgniarstwo w PWSZ w Nysie” są zgodne z prawdą.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis uczestnika projektu