

Załącznik nr 2 do REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA

**OŚWIADCZENIE O KWALIFIKOWALNOŚCI UCZESTNIKA PROJEKTU PO WER**

„Kształcenie podyplomowe lekarzy - rozwój kształcenia praktycznego z wykorzystaniem technik symulacji medycznej SUM” (POWR.05.04.00-00-0159/18), realizowanym przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych.

**Dane osobowe:**

Imię	
Nazwisko	
PESEL lub wiek w chwili przystąpienia do projektu <sup>1</sup>	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Data rozpoczęcia udziału w projekcie (dd-mm-rrrr) – wypełnia realizator projektu	

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości**

.....  
(data i podpis Uczestnika projektu)

**Proszę o zaznaczenie informacji dotyczących Pana/Pani sytuacji w momencie rozpoczęcia udziału w projekcie:**

- posiadam dyplom ukończenia uczelni medycznej
- posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza, Nr .....

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

.....  
(data i podpis Uczestnika projektu)

<sup>1</sup> Wpisanie wieku w chwili przystąpienia do projektu możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL