



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



*„Utworzenie Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej w AWF Warszawa”  
Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego*

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

**Szkolenie: „Instruktor symulacji w przedmiotach specjalistycznych w pielęgniarstwie”**

Szkolenie realizowane i finansowane w ramach projektu „Utworzenie Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej w AWF Warszawa” w ramach Działania 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

Nazwa szkolenia	Instruktor symulacji w przedmiotach specjalistycznych w pielęgniarstwie
<b>Imię</b>	
<b>Nazwisko</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> KOBIEТА <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA
<b>Wykształcenie:</b>	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)
<b>Miejsce zatrudnienia:</b>	
<b>Stanowisko:</b>	
<b>Wykładany przedmiot/forma</b>	
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr budynku:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Telefon kontaktowy:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

Oświadczam, że:

- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu do celów związanych z rekrutacją i selekcją (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883).
- zostałem/am poinformowany/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis)