

Załącznik nr 2 do Ogłoszenia o naborze

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Program rozwojowy na rzecz poprawy jakości kształcenia na kierunku pielęgniarstwo w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Nowym Sączu w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, Oś priorytetowa V. Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych konkurs o numerze POWR.05.03.00-IP.05-00-004/17”

*Ja niżej podpisana/-ny, .....*;

*zamieszkała/-ty .....*; **PESEL** .....  
(miejscowość, ulica)

1. deklaruję udział w projekcie pn. „Program rozwojowy na rzecz poprawy jakości kształcenia na kierunku pielęgniarstwo w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Nowym Sączu w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, Oś priorytetowa V. Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych konkurs o numerze POWR.05.03.00-IP.05-00-004/17”
2. oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału we wskazanym projekcie tj.:
  - a) posiadam status pracownika PWSZ w Nowym Sączu;
  - b) posiadam wykształcenie wyższe (pielęgniarka, lekarz);
  - c) posiadam kwalifikacje i doświadczenie zawodowe w zakresie pielęgniarstwa lub medycyny ratunkowej
3. zobowiązuję się do przekazania Zespołowi Projektowemu, w terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie, informacji dotyczącej mojego statusu na rynku pracy;
4. zostałam/-em poinformowany, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej;
5. zostałam/-em pouczone/-y o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń i potwierdzam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

## OŚWIADCZENIE WYRAŻENIE ZGODY NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

W związku z moim udziałem w projekcie jako osoba odpowiedzialna za prowadzenie zajęć w Centrum Symulacji Medycznych w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Nowym Sączu wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku, do celów związanych z promocją.

Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, iż fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas zajęć mogą zostać umieszczone na stronie internetowej [www.pwsz-ns.edu.pl](http://www.pwsz-ns.edu.pl) oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU