

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA STUDIA DOFINANSOWANE  
„Master of Business Administration in Healthcare Management”**

**UWAGA! Podanie wszystkich danych jest dobrowolne, jednak stanowi warunek konieczny do wzięcia udziału w projekcie.**

**PROSIMY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA OZNACZONE TYM KOLOREM**

**Liczba pól do wypełnienia: 24**

**Wydział** (wybierz z listy)

PESEL

Nazwisko

Imię

Wykształcenie (wybierz z listy)

Płeć

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (wyb. z listy)

Status szczegółowy na rynku pracy (wybierz z listy)

**DANE KONTAKTOWE (adres zamieszkania)**

Województwo (wybierz z listy)

Powiat (wybierz z listy)

Gmina

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu (jeżeli nie ma - wpisz "brak")

Adres poczty elektronicznej

Telefon kontaktowy

**STATUS UCZESTNIKA/CZKI W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:**

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (T/N/Odmowa podania informacji)

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań (T/N)

Osoba z niepełnosprawnościami (T/N/Odmowa podania informacji)

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymieniona powyżej) (T/N/Odmowa podania informacji)

**OŚWIADCZENIA**

Na potrzeby procesu rekrutacji oświadczam, że:

- moje doświadczenie na stanowisku zarządczym wynosi:

- mam wykształcenie wyższe:

Oświadczam ponadto, że zapoznałem(am) się z Zasadami rekrutacji do projektu.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis uczestnika/czki projektu

.....  
Data przyjęcia dokumentów

.....  
Podpis pracownika WSB