

*Załącznik nr 3 do umowy powierzenia danych osobowych*

Projekt Predefiniowany pn.: „*Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu”,* współfinansowany ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014, realizowany w ramach Programu PL13

*„Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu”*

# Zakres danych osobowych uczestników biorących udział w Projekcie Predefiniowanym

# pn.: „*Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu”*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dane uczestnika** | 1 | Imię  |   |
| 2 | Nazwisko |   |
| 3 | Płeć\*  | Kobieta | Mężczyzna |
| 4 | PESEL |   |
| 5 | Przynależność do Grupy docelowej\* | Administracja publiczna |
| Personel medyczny POZ |
| Nauczyciele akademiccy |
| 6 | Stanowisko |  |
| 7 | Nazwa instytucji |  |
| **Dane kontaktowe****(adres zamieszkania)** | 8 | Ulica |  |
| 9 | Nr lokalu |  |
| 10 | Miejscowość |   |
| 11 | Kod pocztowy |   |
| 12 | Województwo |   |
| 13 | Powiat |   |
| 14 | Telefon kontaktowy |   |
| 15 | Adres poczty elektronicznej (e-mail) |   |
| **Dane uczestnika wykonującego zawód pielęgniarki** **lub położnej** | 16 | Numer prawa wykonywania zawodu\*\* |  |
| 17 | Data urodzenia\*\* |  |
| 18 | Miejsce urodzenia\*\* |  |
| **Dane dodatkowe** | 19 | Wykorzystanie we wsparciu technik e-learning\* | Tak/Nie |
| 20 | Data udziału w projekcie |  |

**Instrukcja:**

1. Proszę uzupełnić tabelę komputerowo lub drukowanymi literami
2. Przy wyborze oznaczonym \*) niepotrzebne skreślić.
3. Pola oznaczone \*\*) wypełniają tylko uczestnicy wykonujący zawód pielęgniarki lub położnej

# Oświadczam, że podane wyżej dane są zgodne z prawdą oraz zobowiązuję się do niezwłocznego pisemnego informowania o każdej zmianie ww. danych lub informacji, nie później jednak niż w terminie 7 dni od jej zaistnienia.

|  |
| --- |
| ……………………………………….…………..……………. |
| CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU |