



Załącznik nr 2 do REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA

OŚWIADCZENIE O KWALIFIKOWALNOŚCI UCZESTNIKA PROJEKTU

„SIM SKILL – rozwój kompetencji praktycznych lekarzy poprzez symulację medyczną i nowoczesne technologie” (FERS.01.12-IP.07-0003/26), realizowanym przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

DANE OSOBOWE:			
1.	IMIĘ		
2.	NAZWISKO		
3.	PESEL lub wiek w chwili przystąpienia do projektu ¹		
4.	PŁEĆ		KOBIETA
			MĘŻCZYZNA
5.	Data rozpoczęcia udziału w projekcie (dd-mm-rrrr)		

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)

¹ Wpisanie wieku w chwili przystąpienia do projektu możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL