Deklaracja uczestnictwa w projekcie pn. „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu” dla studentów Wydziału Medycznego UŁa

**DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY:**

Imię i nazwisko:

……………………………………………………………………………………………………………

nr telefonu:

……………………………………………………..……………………………………………………..

PESEL:

……………………………………………………………………………………………………………

e-mail:

……………………………………………………………………………………………………………

**STATUS STUDENTA/TKI WYDZIAŁU MEDYCZNEGO UCZELNI ŁAZARSKIEGO:**

- Kierunek Lekarski

- Pielęgniarstwo

Numer indeksu: …………………………………..…

Rozpoczęty semestr studiów: ………………………..

KOŃCOWA DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE:

Ja, niżej podpisana/y, deklaruję chęć udziału w zajęciach dodatkowych realizowanych w ramach projektu   
pn. „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu” (nr projektu POWR.05.03.00-00-0005/18) realizowanego przez Uczelnię Łazarskiego, współfinansowanego przy udziale środków   
z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Działanie 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, iż dane podane w niniejszej Deklaracji są zgodne z prawdą. Oświadczam, również że zapoznałem/am się z *Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość   
w kształceniu” dla studentów Wydziału Medycznego* *Uczelni Łazarskiego*, dostępnym na stronie internetowej Projektu i w Biurze Rekrutacji / Biurze Projektu, akceptuję jego warunki i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Warszawa, dnia: ……………………..

……………………………

*(Czytelny podpis)*

**PRZYJĘCIE DEKLARACJI DO BIURA REKRUTACJI/BIURA PROJEKTU**:

Data przyjęcia: ……………………………………………..

Podpis osoby przyjmującej: ………………….…………….