



Projekt „Łódzki program profilaktyki nowotworów głowy i szyi” nr POWR.05.01.00-00-0011/16 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

Formularz zgłoszeniowy na szkolenie w ramach projektu „Łódzki program profilaktyki nowotworów głowy i szyi”

Termin szkolenia	
Nazwa i adres podmiotu leczniczego	
Imię i Nazwisko	
PESEL	
Adres e-mail	
Numer telefonu	
Zawód	<input type="checkbox"/> Lekarz POZ <input type="checkbox"/> Pielęgniarka POZ
Doświadczenie zawodowe	<input type="checkbox"/> do 5 lat od ukończenia ostatniego etapu edukacji <input type="checkbox"/> 5 - 10 lat od ukończenia ostatniego etapu edukacji <input type="checkbox"/> 10 - 15 lat od ukończenia ostatniego etapu edukacji <input type="checkbox"/> 15 - 25 lat od ukończenia ostatniego etapu edukacji <input type="checkbox"/> więcej niż 25 lat od ukończenia ostatniego etapu edukacji
Udział w innych szkoleniach i kursach w ostatnich 12 miesiącach	<input type="checkbox"/> <u>brak</u> dodatkowych kursów ukończonych w ostatnich 12 miesiącach
Potrzeby szkoleniowe (np. dostępność miejsc do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, catering wegetariański itp.)	

Osoby zgłoszone na szkolenie są zatrudnione (bez względu na formę zatrudnienia)/ współpracują z podmiotem leczniczym świadczącym usługi podstawowej opieki zdrowotnej, który posiada na dzień zgłoszenia na szkolenie podpisaną umowę o współpracy z Uniwersytetem Medycznym w Łodzi.

.....

Data

.....

Podpis osoby zgłaszającej
na szkolenie