Załącznik nr 1

**Formularz zgłoszenia udziału
jako EKSPERTA W ZAKRESIE ZDROWIA PUBLICZNEGO ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLEDNIENIEM PROGRAMÓW PROFILAKTYKI CHORÓB PRZEWLEKŁYCH, PROMOCJI ZDROWIA, EDUKACJI I POLITYKI ZDROWOTNEJ**

**„Projekt predefiniowany w zakresie Ograniczania społecznych nierówności
 w zdrowiu realizowany w ramach Programu operacyjnego PL-13 ”**

*Projekt finansowany przez* ***Norweski Mechanizm Finansowy***

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ A. ZGŁOSZENIE KANDYDATA NA** EKSPERTA W ZAKRESIE ZDROWIA PUBLICZNEGOZE SZCZEGÓLNYM UWZGLEDNIENIEM PROGRAMÓW PROFILAKTYKI CHORÓB PRZEWLEKŁYCH, PROMOCJI ZDROWIA, EDUKACJI I POLITYKI ZDROWOTNEJ  |
| Dane jednostki, którą reprezentuje kandydat (\*należy wypełnić, gdy kandydat będzie reprezentował instytucję) |
| 1. | Nazwa instytucji\* |  |
| 2. | Forma prawna\* |  |
| 3. | Adres siedziby instytucji\* |  |
| 4. | Adres e-mail\* |  |
| Dane dotyczące kandydata na **EKSPERTA W ZAKRESIE ZDROWIA PUBLICZNEGO ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLEDNIENIEM PROGRAMÓW PROFILAKTYKI CHORÓB PRZEWLEKŁYCH, PROMOCJI ZDROWIA, EDUKACJI I POLITYKI ZDROWOTNEJ** |
| 1. | Imię i nazwisko  |  |
| 2. | Adres do korespondencji  |  |
| 3. | Adres e-mail |  |
| 4. | Telefon kontaktowy |  |
| **5.** | **Uzasadnienie kandydatury** **(w tym: wykształcenie, doświadczenie zawodowe, szczególne predyspozycje i umiejętności)** |  |
| …………………………………………………………………………Data i pieczęć jednostki\* | …………………………………………………………………………Pieczątki i podpisy osób upoważnionychdo reprezentacji jednostki\* |
| \* dotyczy, gdy kandydat będzie reprezentował instytucję |
| **CZĘŚĆ B. WYPEŁNIANA PRZEZ KANDYDATA** **NA** EKSPERTA W ZAKRESIEZDROWIA PUBLICZNEGO ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLEDNIENIEM PROGRAMÓW PROFILAKTYKI CHORÓB PRZEWLEKŁYCH, PROMOCJI ZDROWIA, EDUKACJI I POLITYKI ZDROWOTNEJ  |
| **DEKLARACJA ZŁOŻONA PRZEZ KANDYDATA** |
| Deklaruję chęć udziału w pracach dla działań „Model programu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej dla społeczności lokalnych”, „Ocena realizacji pilotażowych programów promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej dla ludności powiatów”………………………………………………………**Data i podpis kandydata** |
| **OŚWIADCZENIE KANDYDATA** |
| Oświadczam, że:1. Jestem obywatelem RP i korzystam z pełni praw publicznych;
2. Akceptuję warunki uczestnictwa w pracach jako EKSPERT W ZAKRESIEZDROWIA PUBLICZNEGO ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLEDNIENIEM PROGRAMÓW PROFILAKTYKI CHORÓB PRZEWLEKŁYCH, PROMOCJI ZDROWIA, EDUKACJI I POLITYKI ZDROWOTNEJ na zasadach zgodnych z założeniami Projektu predefiniowanego w zakresie *Ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu* realizowanego w ramach Programu operacyjnego PL-13.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Wyżej wymienione dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.……………………………………………………**Data i czytelny i podpis kandydata** |