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 upoważnionych  do 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** | | | | |