

DEKLARACJA UCZESTNIKA PROJEKTU

Tytuł projektu:	Zintegrowany Program Rozwoju AWFIS
Nr projektu:	POWR.03.05.00-00-Z025/17

Zadanie:	Wsparcie kompetencji zawodowych i przedsiębiorczości studentów AWFIS
Działanie	Szkolenia z kompetencji zawodowych (24 godz.)

Dane osobowe Kandydata/ki:

Imię i nazwisko	
PESEL	
Rok studiów i rodzaj studiów (I, II stopień lub jsm)	
Kierunek studiów	
Planowana data zakończenia aktualnie realizowanego toku studiów w AWFIS	

Deklaruję uczestnictwo w projekcie w zadaniu dotyczącym „Wsparcia kompetencji zawodowych i przedsiębiorczości studentów AWFIS” w ramach szkolenia¹:

<i>Tytuł szkolenia:</i>	<i>Jestem zainteresowana/y szkoleniem</i>	<i>Kolejność wyboru</i>
kurs masażu - masaż tkanek głębokich	TAK ☐ NIE ☐	1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐
kurs dietetyki i suplementacji	TAK ☐ NIE ☐	1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐
kurs kinesiotaping	TAK ☐ NIE ☐	1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐

¹ Student może wziąć udział WYŁĄCZNIE w JEDNYM kursie. O przyjęciu na kurs decyduje kolejność zgłoszeń. Dla usprawnienia rekrutacji proszę wskazać kolejność wyboru szkolenia. W przypadku braku miejsc na szkolenie pierwszego wyboru, Student może zostać zakwalifikowany na szkolenie 2. wyboru i kolejnego.

kurs trenera personalnego	TAK ☐	1. ☐
	NIE ☐	2. ☐
		3. ☐
		4. ☐
		5. ☐
kurs instruktora fitness	TAK ☐	1. ☐
	NIE ☐	2. ☐
		3. ☐
		4. ☐
		5. ☐

Preferowany termin szkolenia:²

Weekendy (piątek popołudniu, sobota, niedziela) ☐

W tygodniu (poniedziałek –piątek w godzinach popołudniowych) ☐

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności, uprawniające mnie do udziału w projekcie „Zintegrowany Program Rozwoju AWFIS”, tj.:

- jestem studentem Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku,
- jestem studentem ostatniego roku studiów aktualnie realizowanego przeze mnie toku studiów w AWFIS.

Oświadczenie o niepełnosprawności³

Oświadczam, że posiadam orzeczenie o niepełnosprawności nr
z dnia, wydane przez,
w związku z czym w trakcie szkolenia wnioskuję o zaspokojenie następujących potrzeb
.....
.....

Gdańsk,

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

² Szkolenia będą realizowane w okresie kwiecień – czerwiec 2022 r.

³ Przekreślić, jeśli nie dotyczy