



**ZPORR**  
Zintegrowany Program  
Operacyjny  
Rozwoju Regionalnego

  
Europejski Fundusz Społeczny



**FORMULARZ - 3**

**ZGŁOSZENIE CHĘCI UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH  
POZA GODZINAMI PRACY**

**NAZWISKO** .....

**IMIĘ:** .....

**PESEL:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*„Ja, niżej podpisany(a) wyrażam chęć uczestnictwa w zajęciach w ramach projektu „Podnoszenie kwalifikacji i umiejętności pracowników ochrony zdrowia w Małopolsce” realizowanego przez Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie finansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego, a które odbywają się poza moimi godzinami pracy”.*

\_\_\_\_\_  
Data, podpis Beneficjenta

\_\_\_\_\_  
Podpis osoby przyjmującej – Koordynator projektu