



Formular înregistrare a grupului țintă

Dezvoltarea abilităților personale și profesionale ale asistenților medicali generaliști, moașelor și asistenților medicali prin programe de formare SOFT SKILLS

1. Nume și prenume participant:

.....

2. CNP:

.....

3. Data nașterii:

.....

4. Domiciliu de reședință:

.....

.....

5. Număr de telefon:

.....

6. Adresa de e-mail:

.....

7. Denumire angajator:

.....

8. Funcția:

.....

9. Informații privind genul:

- Femeie

- Bărbat

10. Informații privind vârsta împlinită la data începerii activității de instruire:

11. Informații privind nivelul studiilor absolvite până la data începerii activității de instruire

(se vor atașa documente justificative – diplome):

- Studii superioare (ISCED 5-8)

- Studii postliceale (ISCED 4)

12. Cursul la care doresc să particip:

- Comunicare

- Lucrul în echipă

- Well-being

*** se va selecta un singur curs**

Semnătură participant:

Data: