



Projekt „KOMPETENTNY PERSONEL MEDYCZNY – program specjalistycznych i kwalifikacyjnych kursów dla pielęgniarek i położnych”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Załącznik nr 1

Nr zgłoszenia: _____/5.4/AHE/KPM/2016

Data wpływu formularza do Biura Projektu: _____

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Instrukcja wypełniania formularza:

Proszę o wpisanie wymaganych informacji drukowanymi literami

1	Tytuły projektu: „ KOMPETENTNY PERSONEL MEDYCZNY - program specjalistycznych i kwalifikacyjnych kursów dla pielęgniarek i położnych ”
2	Priorytet, w ramach którego realizowany jest projekt: Priorytet V Wsparcie dla obszaru zdrowia
3	Działanie, w ramach którego realizowany jest projekt: Działanie 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych

I. Kryteria dostępu

		SPEŁNIA	NIE SPEŁNIA
		wypełnia pracownik Biura Projektu	
1	Oświadczam, że spełniam wszystkie kryteria uczestnictwa w projekcie, tzn. (zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce/uzupełnić):		
	<input type="checkbox"/> jestem pielęgniarką/-rzem/położną zatrudnioną na podstawie umowy o pracę/umowy cywilno-prawnej lub osobą wykonującą zawód w ramach działalności leczniczej jako praktyka zawodowa		
	<input type="checkbox"/> jestem osobą w wieku 22-60 lat		
	mieszkam na terenie województwa: <input type="checkbox"/> łódzkiego <input type="checkbox"/> mazowieckiego <input type="checkbox"/> zachodniopomorskiego <input type="checkbox"/> kujawsko-pomorskiego <input type="checkbox"/> śląskiego	pracuję na terenie województwa: <input type="checkbox"/> łódzkiego <input type="checkbox"/> mazowieckiego <input type="checkbox"/> zachodniopomorskiego <input type="checkbox"/> kujawsko-pomorskiego <input type="checkbox"/> śląskiego	
	posiadam wykształcenie: <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> wyższe zawodowe - licencjat pielęgniarstwa/położnictwa <input type="checkbox"/> wyższe magisterskie - magister pielęgniarstwa/położnictwa <input type="checkbox"/> tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa uzyskany w roku		
	<input type="checkbox"/> posiadam prawo wykonywania zawodu		
	_____ data _____ czytelny podpis		
	DOSTARCZONE ZAŁĄCZNIKI wypełnia pracownik Biura Projektu		
	<input type="checkbox"/> kopia dokumentu potwierdzającego wykształcenie i/lub kopia dokumentu potwierdzającego tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa <input type="checkbox"/> zaświadczenie z miejsca pracy/ zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych <input type="checkbox"/> kopia aktualnego prawa wykonywania zawodu <input type="checkbox"/> oświadczenie uczestnika projektu		





Projekt „KOMPETENTNY PERSONEL MEDYCZNY – program specjalistycznych i kwalifikacyjnych kursów dla pielęgniarek i położnych”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Uwagi wypełnia pracownik Biura Projektu		
	SPEŁNIA	NIE SPEŁNIA
KOŃCOWA OCENA FORMALNA wypełnia pracownik Biura Projektu		
data	czytelny podpis oceniającego	

II. Informacje wstępne

1	<p>Rodzaj szkolenia, w którym chce Pan/Pani wziąć udział (możliwość wyboru jednego rodzaju szkolenia) <u>(zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce z lewej strony)?</u></p> <p>Kursy specjalistyczne</p> <p><input type="checkbox"/> Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych (województwo: łódzkie, mazowieckie, zachodniopomorskie, śląskie, kujawsko-pomorskie)</p> <p>Część I <input type="checkbox"/> (pielęgniarki i położne posiadające tytuł magistra pielęgniarstwa/położnictwa bądź tytuł specjalisty, posiadające prawo wykonywania zawodu)</p> <p>Część II <input type="checkbox"/> (pielęgniarki i położne posiadające tytuł licencjata pielęgniarstwa/położnictwa bądź tytuł specjalisty, posiadające prawo wykonywania zawodu)</p> <p>w tym <input type="checkbox"/> Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych</p> <p><input type="checkbox"/> Rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi (województwo: łódzkie)</p> <p><input type="checkbox"/> Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego (województwo: łódzkie, mazowieckie, zachodniopomorskie, śląskie, kujawsko-pomorskie)</p> <p>Kurs kwalifikacyjny</p> <p><input type="checkbox"/> Pielęgniarstwo onkologiczne (województwo: łódzkie, mazowieckie)</p>
2	<p>Województwo, w którym chce Pan/Pani odbyć szkolenie <u>(zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce z lewej strony)</u></p> <p><input type="checkbox"/> łódzkie</p> <p><input type="checkbox"/> mazowieckie</p> <p><input type="checkbox"/> zachodniopomorskie</p> <p><input type="checkbox"/> kujawsko-pomorskie</p> <p><input type="checkbox"/> śląskie</p>
3	<p>Czy współpracuje (umowa o pracę, umowa cywilno-prawna, wykonywany zawód w ramach działalności leczniczej jako praktyka zawodowa) Pan/Pani z placówką świadczącą podstawową opiekę zdrowotną <u>(zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce w przypadku odpowiedzi TAK proszę uzupełnienie nazwy i adresu placówki)?</u></p> <p><input type="checkbox"/> tak, pracuję w /współpracuję z:</p> <p>_____</p> <p>(proszę podać nazwę i adres placówki)</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>





Projekt „KOMPETENTNY PERSONEL MEDYCZNY – program specjalistycznych i kwalifikacyjnych kursów dla pielęgniarek i położnych”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

III. Dane osobowe uczestnika projektu

Imiona:			
Nazwisko:			
Płeć: (zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce):		<input type="checkbox"/> mężczyzna	<input type="checkbox"/> kobieta
Data urodzenia:		PESEL:	
Nr i seria dowodu osobistego:		Wydany przez:	
Adres zamieszkania:	Ulica		Nr domu
	Kod pocztowy		Miejscowość
	Gmina		Powiat
	Województwo		Nr lokalu
Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż powyżej):	Ulica		Nr domu
	Kod pocztowy		Miejscowość
	Gmina		Powiat
	Województwo		Nr lokalu
Telefon kontaktowy:		Adres e-mail:	
Miejsce pracy:	Nazwa firmy / instytucji:		
	Stanowisko:		
	Forma zatrudnienia:		
	Ulica		Nr domu
	Kod pocztowy		Miejscowość
	Gmina		Powiat
Staż pracy (proszę o uzupełnienie właściwego pola):	_____ ilość miesięcy		
	_____ ilość lat		





Projekt „KOMPETENTNY PERSONEL MEDYCZNY – program specjalistycznych i kwalifikacyjnych kursów dla pielęgniarek i położnych”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wykształcenie:	Uczelnia	
	Data ukończenia:	Tytuł:
	Kierunek studiów	

IV. Informacje dodatkowe

1	Czy prowadzi Pan/Pani własną działalność gospodarczą (<u>zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce z lewej strony</u>)? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2	Skąd Pan/Pani dowiedział/a się o projekcie (<u>zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce z lewej strony</u>)? <input type="checkbox"/> prasa <input type="checkbox"/> plakat <input type="checkbox"/> e-mailing <input type="checkbox"/> internetowa baza ze szkoleniami <input type="checkbox"/> od znajomych, rodziny <input type="checkbox"/> inne, jakie? _____ _____





Projekt „KOMPETENTNY PERSONEL MEDYCZNY – program specjalistycznych i kwalifikacyjnych kursów dla pielęgniarek i położnych”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

V. Oświadczenia

Uprowadzony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń wynikających z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.)

1. Oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym *Formularzu zgłoszeniowym* dane są zgodne z prawdą.
Dodatkowo:
2. Jestem świadomy/a, że koszt uczestnictwa w projekcie pokrywany jest w całości ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz budżetu państwa. Ponadto, zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym mającym określić moje predyspozycje do udziału w projekcie.
4. Mam świadomość, że kurs może odbywać się w miejscowości innej od mojego miejsca zamieszkania.
5. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z *Regulaminem Rekrutacji i uczestnictwa* w projekcie „KOMPETENTNY PERSONEL MEDYCZNY - program specjalistycznych i kwalifikacyjnych kursów dla pielęgniarek i położnych” i akceptuję jego treść, a w przypadku, gdy zostanę zakwalifikowany/a do udziału w projekcie, zobowiązuję się przestrzegać postanowień w/w regulaminu.
6. W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Beneficjenta Projektu (AHE w Łodzi).
7. Przyjmuję do wiadomości, iż Administratorem moich danych osobowych jest Minister Rozwoju mający siedzibę przy Plac Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa dla zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
8. Moje dane osobowe zostaną powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Ministerstwu Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa, Beneficjentowi realizującemu projekt Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, ul. Sterlinga 26, 90-212 Łódź.
9. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.).
10. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji niniejszego Projektu.
11. **Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.**
12. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.
13. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie realizacji projektu.

.....
data

.....
czytelny podpis

