

Projekt „Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1

Nr zgłoszenia: _____/PPSiS/5.3/AHE/CSM/2018

Data wpływu formularza do Biura Projektu: _____

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do Programu „Pacjent Standaryzowany i Symulowany” - Zadanie 10

Instrukcja wypełniania formularza:

Proszę o wpisanie wymaganych informacji drukowanymi literami

1	Tytuły projektu: „Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo”
2	Priorytet, w ramach którego realizowany jest projekt: Priorytet V Wsparcie dla obszaru zdrowia
3	Działanie, w ramach którego realizowany jest projekt: Działanie 5.3 Wysoka jakość kształcenia praktycznego na kierunkach medycznych

I. Kryteria dostępu

	SPEŁNIA	NIE SPEŁNIA
	<i>wypełnia pracownik Biura Projektu</i>	
Oświadczam, że spełniam wszystkie kryteria uczestnictwa w programie „Pacjent Standaryzowany i Symulowany”, tzn. (zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce/uzupełnić):		
<input type="checkbox"/> jestem osobą powyżej 18 roku życia		
<input type="checkbox"/> jestem osobą gotową do wyuczenia się roli pacjenta i odgrywania jej w sposób powtarzalny;		
<input type="checkbox"/> nie cierpię na zaburzenia psychiczne		
<input type="checkbox"/> nie jestem w procesie żałoby (nie utraciłem/am nikogo bliskiego w ciągu ostatnich dwóch lat)		
<input type="checkbox"/> wyrażam gotowość do uczestnictwa w zajęciach z elementami badania fizykalnego przeprowadzanego przez studenta (m.in. dotyk, badanie określonych części ciała, zdjęcie ubrań);		
<input type="checkbox"/> nie doświadczyłem/am traumy		
..... <i>data</i> <i>czytelny podpis Kandydata</i>	



Projekt „Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

II. Dane osobowe uczestnika projektu

Imiona:			
Nazwisko:			
Płeć: (zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce):		<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta	
Wiek:			
Adres zamieszkania:	Ulica		Nr domu Nr lokalu
	Kod pocztowy	Miejscowość	Województwo
	Gmina		Powiat
Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż powyżej):	Ulica		Nr domu Nr lokalu
	Kod pocztowy	Miejscowość	Województwo
	Gmina		Powiat
Telefon kontaktowy:		Adres e-mail:	

III. Proponowane wynagrodzenie za udział pacjenta standaryzowanego w zajęciach dydaktycznych/ egzaminie OSCE

Wynagrodzenie	Kwota brutto**
Stawka za godzinę dydaktyczną (wypełnia Kandydat do Programu)

W przypadku osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej cena brutto oznacza pełną kwotę wynagrodzenia uwzględniającą składki do ZUS i US zarówno po stronie pracodawcy jak i pracownika. **W przypadku podmiotów wystawiających fakturę VAT stawka z VAT. Cena uwzględnia wykonanie wszystkich prac i czynności oraz wszelkie koszty związane z realizacją zamówienia, świadczonego przez okres i na warunkach określonych w złożonej ofercie.





Projekt „Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

IV. Oświadczenia

Uprzedzony/-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 Programie „Pacjent Standaryzowany i Symulowany” realizowany w ramach projektu „Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo” 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 Programie/projekcie.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z *Regulaminem programu „Pacjent Standaryzowany i Symulowany” realizowanego w ramach projektu „Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo”* i akceptuję jego treść, a w przypadku, gdy zostaną zakwalifikowany/a do udziału w Programie, zobowiązuję się przestrzegać postanowień w/w regulaminu.
5. Nie zamierzam powierzać podwykonawcy/om niniejszego zamówienia.
6. Jestem świadomy/-a, iż zajęcia będą prowadzone w monoprofilowym Centrum Symulacji Medycznej Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi.
7. W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Beneficjenta Projektu (AHE w Łodzi) oraz Partnera Projektu (MCM im. dr K. Jonschera w Łodzi).
8. Przyjmuję do wiadomości, iż Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza edukacja Rozwój 214-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
9. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu **Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
10. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - **Ministerstwu Zdrowia ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa**, beneficjentowi realizującemu projekt - **Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - **Miejskie Centrum Medyczne im. dr K. Jonschera w Łodzi, ul. Milionowa 14, 93-113 Łódź**. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.
11. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych jest Ustawa z dn. 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych Dz. U. 2018 poz.1000, z późn. zm.





Projekt „Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

12. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji niniejszego Projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
13. **Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w programie „Pacjent Standaryzowany i Symulowany” w ramach Projektu.**
14. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.
15. Wyrażam zgodę na nieodpłatne, nieograniczone czasowo i ilościowo wykorzystanie mojego wizerunku poprzez wykonanie zdjęcia/zdjęć oraz nagrywanie materiału/materiałów audiowizualnego/ audiowizualnych podczas działań prowadzonych w ramach projektu **Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo** oraz umieszczanie ich w materiałach informacyjnych i promocyjnych, które będą rozpowszechniane drogą elektroniczną oraz w formie drukowanej. Zdjęcia oraz nagrane materiały audiowizualne zostaną wykorzystane wyłącznie do promocji i komunikacji projektu **Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo**.

data

czytelny podpis



Akademia
Humanistyczno-
Ekonomiczna
w Łodzi

Lider Projektu

Biuro Projektu:

Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi,
ul. Sterlinga 26, 90-212 Łódź, pok. K207



MIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE
JONSCHER
IM. DR. KAROLA JONSCHERA W ŁODZI

Partner Projektu