

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: \_\_\_\_\_/5.3/AHE/CSM/KADRA/2018

Data wpływu formularza do Biura Projektu: \_\_\_\_\_

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

na szkolenia dla instruktorów, techników, nauczycieli-dydaktyków, kadry zarządzającej CSM AHE w Łodzi

Instrukcja wypełniania formularza:

Proszę o wpisanie wymaganych informacji drukowanymi literami lub elektronicznie (komputerowo).  
Wszystkie pola muszą być wypełnione.

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

### 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"/> posiadam wykształcenie wyższe min. mgr		
	<input type="checkbox"/> jestem osobą w wieku 25-70 lat		
	<input type="checkbox"/> posiadam wszelkie kwalifikacje niezbędne do pracy na Poniższym stanowisku określone w Programie Rozwojowym Kierunku pielęgniarstwo AHE w Łodzi w zakresie utworzenia Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej stanowiącym Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie - Zadanie 8		
2	Po ukończeniu szkolenia wyrażam gotowość do udziału w projekcie jako: ..... (zajmowane stanowisko w CSM AHE w Łodzi)		
..... 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



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

<b>DOSTARCZONE ZAŁĄCZNIKI</b> <i>wypełnia pracownik Biura Projektu</i>			
<input type="checkbox"/>	kopia dokumentu potwierdzającego wykształcenie		
<input type="checkbox"/>	Życiorys CV (w języku polskim)		
<input type="checkbox"/>	oddelegowanie do udziału w projekcie (dotyczy pracowników AHE w Łodzi/MCM im.dr K. Jonschera)		
<b>Uwagi</b> <i>wypełnia pracownik Biura Projektu</i>			
<b>KOŃCOWA OCENA FORMALNA</b> <i>wypełnia pracownik Biura Projektu</i>			
<input type="checkbox"/>	uczestnik zakwalifikowany do udziału w projekcie		
<input type="checkbox"/>	uczestnik niezakwalifikowany do udziału w projekcie		
..... <i>data</i>		..... <i>czytelny podpis oceniającego</i>	

## II. Dane osobowe uczestnika projektu

<b>Imiona:</b>			
<b>Nazwisko:</b>			
<b>Płeć:</b> (zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce):		<input type="checkbox"/> mężczyzna	<input type="checkbox"/> kobieta
<b>Data urodzenia:</b>		<b>PESEL:</b>	
<b>Adres zamieszkania:</b>	Ulica		Nr domu
	Kod pocztowy		Nr lokalu
	Miejscowość	Województwo	
Gmina		Powiat	





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

<b>Adres do korespondencji</b> (jeśli jest inny niż powyżej):	Ulica		Nr domu	Nr lokalu
	Kod pocztowy	Miejscowość	Województwo	
	Gmina		Powiat	
<b>Telefon kontaktowy:</b>		<b>Adres e-mail:</b>		
<b>Miejsce pracy:</b>	Nazwa firmy / instytucji:			
	Stanowisko:			
	Forma zatrudnienia:			
	Ulica		Nr domu	Nr lokalu
	Kod pocztowy	Miejscowość	Województwo	
	Gmina		Powiat	
<b>Wykształcenie:</b>	Uczelnia			
	Data ukończenia:		Tytuł:	
	Kierunek studiów:			
<b>Staż pracy</b> (proszę o uzupełnienie właściwego pola):	_____ ilość miesięcy			
	_____ ilość lat			
	_____ ilość godzin dydaktycznych (dotyczy pracowników dydaktycznych zatrudnionych na umowę o pracę u Realizatora projektu oraz Partnera projektu)			





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

### III. Informacje wstępne

1	<p>Rodzaj szkolenia, w którym chce Pan/Pani wziąć udział (możliwość wyboru kilku rodzaj szkoleń, <u>zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce z lewej strony</u>)?</p> <p><input type="checkbox"/> „Szkolenie praktyczne instruktora symulacji wysokiej wierności w pielęgniarstwie”</p> <p><input type="checkbox"/> „Szkolenie praktyczne instruktora symulacji niskiej wierności w pielęgniarstwie”</p> <p><input type="checkbox"/> „Szkolenie dla techników symulacji medycznej”</p> <p><input type="checkbox"/> „Staż dla informatyka symulacji medycznej”</p> <p><input type="checkbox"/> „Staż dla osób zarządzających MCSM”</p> <p><input type="checkbox"/> „Szkolenie praktyczne kadry uczelni pielęgniarstwiej”</p> <p><input type="checkbox"/> „Szkolenie praktyczne egzaminatora OSCE w pielęgniarstwie”</p>
---	---

### 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.)

- Oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym *Formularzu zgłoszeniowym* dane są zgodne z prawdą.  
Dodatkowo:
- 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.
- Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym mającym określić moje predyspozycje do udziału w projekcie.
- Mam świadomość, że szkolenie może odbywać się w miejscowości innej od mojego miejsca zamieszkania.
- Posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności jeżeli przepisy prawa taki obowiązek nakładają.
- Nie zamierzam powierzać podwykonawcy/om niniejszego zamówienia.
- Jestem świadomy/-a, iż zajęcia będą prowadzone w monoprofilowym Centrum Symulacji Medycznej Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi.
- Oświadczam, że zapoznałem/łam się z *Regulaminem Rekrutacji i uczestnictwa* w projekcie „Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo” i akceptuję jego treść, a w przypadku, gdy zostanę zakwalifikowany/a do udziału w projekcie, zobowiązuję się przestrzegać postanowień w/w regulaminu.
- Oświadczam, że zapoznałem/łam się z *Programem Rozwojowym kierunku pielęgniarstwo AHE w Łodzi w zakresie utworzenia monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej* w projekcie „Program rozwojowy AHE w zakresie kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo” i akceptuję jego treść.





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

10. 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).
11. 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.
12. 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, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
13. 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.
14. 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.
15. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji niniejszego Projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
16. **Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.**
17. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.
18. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie realizacji projektu.

.....  
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