

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Załącznik nr 1

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO PROJEKTU NR POWR.07.01.00-00-0001/22**

„Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”

**NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI<sup>1</sup>**

**Grupa zawodowa:** Opiekun medyczny

Oświadczam, iż posiadam kwalifikacje do wykonywania zawodu opiekun medyczny

**Preferowane województwo udziału w części praktycznej kursu (zaznacz właściwe):**

- dolnośląskie
- kujawsko-pomorskie
- lubelskie
- lubuskie
- łódzkie
- małopolskie
- mazowieckie
- opolskie
- podkarpackie
- podlaskie
- pomorskie
- śląskie
- świętokrzyskie
- warmińsko-mazurskie
- wielkopolskie
- zachodnio-pomorskie

**Pouczenie:** uczestnik ponosi odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, co wynika z ogólnych przepisów Kodeksu cywilnego.

**1. Dane uczestnika**

Imię	
Nazwisko	
Nazwisko rodowe	
PESEL	

<sup>1</sup> W przypadku wypełniania dokumentacji odręcznie

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Wkształcenie posiadane (zaznaczyć właściwe)	<p><b>POZIOM WYKSZTAŁCENIA - TYPY SZKÓŁ:</b></p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 1 podstawowe - Szkoła podstawowa</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 2 gimnazjalne - Gimnazjum</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 3 ponadgimnazjalne - Liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 4 policealne - Szkoły policealne</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 5 studia krótkiego cyklu - Nauczycielskie Kolegium Językowe, Kolegium Pracowników Służb Społecznych (podlega MPiPS)</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 6 studia licencjackie lub odpowiedniki - Studia I stopnia (tytuły zawodowe: inżynier, licencjat),</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 7 studia podyplomowe studia magisterskie lub odpowiedniki - Studia II stopnia oraz jednolite studia magisterskie (tytuł zawodowy: magister)</p> <p><input type="checkbox"/> ISCED 8 studia doktoranckie - Studia doktoranckie</p>
<b>2. Dane kontaktowe</b>	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica (bez ul. sama nazwa ulicy)	
Nr budynku	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
<b>3. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu</b>	

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

<p>Status na rynku pracy (zaznaczyć właściwe)</p>	<p><b>1. Osoba pracująca:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie</p> <p><input type="checkbox"/> Inne .....</p> <p><b>Zaznacz właściwe:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem zatrudniona/ny oraz udzielam świadczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia, finansowanych z NFZ.</p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem zatrudniona/ny oraz udzielam świadczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia w podmiotach niepublicznych prowadzących działalność tylko komercyjną (bez umowy z NFZ).</p> <p><b>Nazwa i adres miejsca zatrudnienia:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Wykonywany zawód</p>	<p><input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia</p> <p><input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integralności społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodzin i pieczy zastępczej</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji wsparcia ekonomii społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno - pedagogicznej</p> <p><input type="checkbox"/> rolnik</p> <p><input type="checkbox"/> inny (jaki) .....</p>
<p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</p>

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Czy w związku z powyższą informacją zgłasza Pan/Pani specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Tak (jakie) ..... <input type="checkbox"/> Nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
<b>4. Deklaracje, oświadczenia*</b>	

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE nr POWR.07.01.00-00-0001/22, pn. „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju” w ramach Działania 7.1 Wzmocnienie zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia, Oś priorytetowa VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia – Departament Rozwoju Kadr Medycznych w partnerstwie z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”, realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, finansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach osi priorytetowej VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia, nr Projektu: POWR.07.01.00-00-0001/22-00, realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia – Departament Rozwoju Kadr Medycznych, w partnerstwie z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie;
2. spełniam wszystkie wymogi formalne i akceptuję zasady udziału określone w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie;
3. zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Osi priorytetowej VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020;
4. zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest finansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
5. wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych niezbędnych w procesie realizacji projektu;
6. zostałem/am poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia;
7. zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych, którego celem jest udoskonalenie oferowanej dotychczas pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb przyszłych uczestników, prowadzonych przez MZ - Lidera projektu lub CMKP - Partnera projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej;
8. zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
9. oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym, załączone dokumenty oraz ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Nadto:

- 1) Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie;
- 2) Zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich szkoleniach w 100%;
- 3) Zobowiązuję się do wypełniania wszelkich wymaganych dokumentów niezbędnych w procesie realizacji projektu, w tym m. in. list obecności;
- 4) Zostałem poinformowany o prawie bycia zapomnianym, sprostowania oraz zgłaszania naruszeń;
- 5) Wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących (nr telefonu) dla celów realizacji projektu;
- 6) W przypadku mojej rezygnacji (nawet częściowej) z udziału w projekcie z przyczyn

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

<p>niezaakceptowanych przez MZ – Lidera projektu lub w przypadku naruszenia przeze mnie postanowienia Regulaminu rekrutacji zobowiązuje się do zwrotu na rzecz Ministra Zdrowia całości lub części kosztów, w tym należności ubocznych, związanych ze wsparciem, które otrzymałem w ramach projektu.</p> <p>7) Jeżeli w trakcie trwania szkolenia realizowanego w ramach projektu bez uzasadnionych przyczyn nie podejmę podnoszenia kompetencji zawodowych lub przerwę podnoszenie tych kompetencji, zobowiązuję się do zwrotu kosztów poniesionych przez MZ – Lidera projektu z tytułu świadczeń na ten cel za okres do momentu uzyskania przez MZ- Lidera projektu wiedzy o zaniechaniu lub przerwaniu podnoszenia kompetencji przeze mnie.</p>	
<p><b>CZYTELNY PODPIS</b></p> <p><b>/podpisano elektronicznie/**</b></p> <p><b>**niepotrzebne skreślić</b></p>	<p>.....</p>
<p>Data</p>	

Załączniki:

1. Kopia dyplomu/świadectwa/certyfikatu potwierdzającego kwalifikacje do wykonywania zawodu opiekuna medycznego
2. Oświadczenie uczestnika projektu