

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA/KI DO PROJEKTU
Kadra dydaktyczna, zarządzająca, techniczna.

Nr referencyjny formularza:

Nazwa wnioskodawcy:
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu
Tytuł projektu:
Monoprofilowe Centrum Symulacji Medycznych w PWSZ w Kaliszu

Dane uczestnika											
Imię											
Nazwisko											
PESEL											
	zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL										
DATA URODZENIA											
Wykształcenie (należy zaznaczyć X właściwy poziom ISCED)	ISCED 5-8 Wyższe										
	ISCED 4 Policealne										
	ISCED 3 Ponadgimnazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa)										
	ISCED 2 Gimnazjalne										
	ISCED 1 Podstawowe										
	ISCED 0 Brak										

Dane kontaktowe uczestnika	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Nr budynku	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	

Adres e-mail	
--------------	--

Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu				
Osobą pracującą w PWSZ (niezależnie od rodzaju umowy)	Tak		Nie	
Rodzaj wykonywanej pracy:				
KADRA DYDAKTYCZNA:	Tak		Nie	
Nauczany przedmiot:				
KADRA ZARZĄDZAJĄCA:	Tak		Nie	
KADRA TECHNICZNA	Tak		Nie	
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu				
<p>Osoba, należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.</p>				
Tak		Nie		Odmowa podania informacji
<p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań 1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach) 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/ karne/ szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane) 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą) 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).</p>				
Tak		Nie		Odmowa podania informacji
<p>Osoba z niepełnosprawnościami Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r.o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.</p>				
Tak		Nie		Odmowa podania informacji
<p>Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym, bez osób pracujących Gospodarstwo domowe, w którym żaden członek nie pracuje. Wszyscy członkowie gospodarstwa domowego są albo bezrobotni, albo bierni zawodowo.</p>				
Tak		Nie		
<p>w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu (Należy wypełnić tylko w przypadku, gdy powyżej zaznaczono odpowiedź: Tak) Dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są biernie zawodowo oraz mieszkają z rodzicem/rodzicami.</p>				

Tak		Nie	
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu Osoba dorosła to osoba powyżej 18 lat. Dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są biernie zawodowo oraz mieszkają z rodzicem.			
Tak		Nie	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomnie lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0. (Odmowa podania informacji dotyczy tylko danych wrażliwych tj.: stanu zdrowia)			
Tak		Nie	Odmowa podania informacji
Deklaruję uczestnictwo w następujących kursach (zaznaczyć właściwe): <i>Uczestnik może wskazać więcej niż jeden kurs..</i>			
I. KADRA DYDAKTYCZNA:			
<input type="checkbox"/> Nr 1 „Praktyczne Zajęcia symulacyjne” w ośrodku symulacji medycznej. <input type="checkbox"/> Nr 2 „Stosowane techniki psychologiczne w kształceniu symulacyjnym”. <input type="checkbox"/> Nr 3 „Instruktor symulacji niskiej wierności”. <input type="checkbox"/> Nr 4 „Instruktor symulacji w przedmiotach specjalistycznych w pielęgniarstwie”. <input type="checkbox"/> Nr 5 „Instruktor symulacji wysokiej wierności”. <input type="checkbox"/> Nr 6 „Przygotowanie i prowadzenie egzaminu OSCE”. <input type="checkbox"/> Nr7 „Szkolenie dla nauczycieli przedmiotów uczelni pielęgniarstwiej chcących wprowadzić metody symulacji medycznej”. <input type="checkbox"/> Nr 8 „Szkolenie poprzez udział wykładowców w trzeciej i czwartej edycji konferencji szkoleniowej „Symulacja medyczna nową metodą kształcenia pielęgniarek i położnych” o tematyce: „Program rozwoju uczelni poprzez symulację medyczną”.			
II. KADRA ZARZĄDZAJACA:			
<input type="checkbox"/> Nr 1 „Zarządzanie centrum symulacji w praktyce”			
III. KADRA TECHNICZNA			
<input type="checkbox"/> Nr 1 „Praktyczne zastosowania technik informatycznych w centrum symulacji medycznej”. <input type="checkbox"/> Nr 2 „Technik symulacji medycznej”.			

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję treść Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Monoprofilowe Centrum Symulacji Medycznych w PWSZ w Kaliszu”

2. Potwierdzam, że wszystkie dane zawarte w dokumentacji rekrutacyjnej są prawdziwe a jeżeli ulegną zmianie poinformuję o tym fakcie Biuro Projektu.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki