

Załącznik nr 1 do REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Kształcenie podyplomowe lekarzy - rozwój kształcenia praktycznego z wykorzystaniem technik symulacji medycznej SUM” (POWR.05.04.00-00-0159/18), realizowanym przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER) 2014-2020, Działanie 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych.

należy zaznaczyć X przy właściwej formie wsparcia

- Kurs wirtualnej symulacji technik laparoskopowych w chirurgii dziecięcej,
- Kurs wirtualnej symulacji technik torakoskopii w chirurgii klatki piersiowej,
- Kurs wirtualnej symulacji technik laparoskopowych w urologii i urologii dziecięcej,
- Kurs FAST - symulacja medyczna,
- Warsztat szkoleniowy w zakresie wykonywania przezprzetykowych badań echokardiograficznych (TEE),
- Diagnostyka funkcjonalna układu kostno-stawowo-mięśniowego z wykorzystaniem nowoczesnych rozwiązań technicznych ze szczególnym uwzględnieniem okresu wieku rozwojowego oraz senioralnego,
- Podstawowe techniki diagnostyki inwazyjnej układu krążenia,
- Punkcja transeptalna i zabiegi na przegrodzie między przedsionkowej,
- Elektroterapia w niewydolności serca,
- Zastosowanie praktycznych technik w operacjach małoinwazyjnych zastawki mitralnej,
- Echokardiografia przezprzetykowa w zabiegach przezcewnikowego zamknięcia nieprawidłowych połączeń wewnątrzsercowych, wad zastawkowych oraz zamknięcia uszka lewego przedsionka.

I. ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH POWIERZONYCH DO PRZETWARZANIA

Prosimy o wypełnienie poniższych danych:

1. KRAJ (OBYWATELSTWO):

.....

2. IMIĘ I NAZWISKO:

.....
.....

3. PESEL:

.....
.....

Brak peselu w przypadku obcokrajowców

4. DATA URODZENIA:

5. WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:

6. PŁEĆ: kobieta | mężczyzna

7. TYTUŁ ZAWODOWY / STOPIEŃ NAUKOWY

.....

8. NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
.....
9. POSIADANA SPECJALIZACJA, ROK UZYSKANIA
.....
10. ROZPOCZĘTA SPECJALIZACJA
.....
11. DATA ROZPOCZĘCIA SPECJALIZACJI
12. PLANOWANA DATA ZAKOŃCZENIA SPECJALIZACJI
13. ADRES ZAMIESZKANIA

WOJEWÓDZTWO POWIAT

GMINA MIEJSCOWOŚĆ

ULICA

NR BUDYNKU NR LOKALU KOD
POCZTOWY

KONTAKT:

TEL. KONTAKTOWY

ADRES E-MAIL

14. STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU – wybierz jedną z poniższych odpowiedzi A lub B lub C lub D:

- A. OSOBOWA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W URZĘDZIE PRACY
- Osoba długotrwale bezrobotna
 - inne
- B. OSOBĄ BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY
- Osoba długotrwale bezrobotna
 - Inne
- B. OSOBA BIERNA ZAWODOWO
- Osoba ucząca się
 - Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub uczeniu się
 - Inne
- C. OSOBA PRACUJĄCA
- Osoba pracująca w administracji rządowej
 - Osoba pracująca w administracji samorządowej
 - Osoba pracująca w MMŚP
 - Osoba pracująca w organizacji pozarządowej
 - Osoba prowadząca działalność na własny rachunek
 - Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
 - Inne

15. WYKONYWANY ZAWÓD (wypełnia osoba pracująca) - wybierz jedną z poniższych odpowiedzi:

- Instruktor praktycznej nauki zawodu
- Nauczyciel kształcenia ogólnego
- Nauczyciel wychowania przedszkolnego
- Nauczyciel kształcenia zawodowego
- Pracownik instytucji ochrony zdrowia
- Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
- Pracownik instytucji rynku pracy
- Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
- Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
- Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
- Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
- Rolnik
- inny

16. ZATRUDNIOWY W (miejsce zatrudnienia, adres):

.....
.....

17. STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU – w każdej pozycji A, B, C, D, E, F wybierz jedną odpowiedź:

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

- tak
- nie
- odmowa podania informacji

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań *

- tak
- nie

Osoba niepełnosprawna

- tak
- nie
- odmowa podania informacji

Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących

- tak
- nie

jeśli TAK, to czy w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu:

- tak
- nie

Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu

- tak
- nie

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)

- tak
- nie
- odmowa podania informacji

18. NOCLEG (projekt zakłada darmowy nocleg dla uczestników, którzy posiadają miejsce zamieszkania powyżej 50 km od miejscowości w której się będzie szkolenie)

- tak
- nie

II. DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

„Kształcenie podyplomowe lekarzy - rozwój kształcenia praktycznego z wykorzystaniem technik symulacji medycznej SUM” (POWR.05.04.00-00-0159/18), realizowanym przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych.

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż:

1. zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu pn. „Kształcenie podyplomowe lekarzy - rozwój kształcenia praktycznego z wykorzystaniem technik symulacji medycznej SUM”, nr POWR.05.04.00-00-0159/18, realizowanym przez:
2. spełniam wszystkie wymogi formalne i zasady udziału określone w Regulaminie Projektu;
3. zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Osi priorytetowej V, wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych
4. zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
5. wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych;
6. zostałem 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 prowadzonych przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach 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 Kwestionariuszu Osobowym/Formularzu Zgłoszeniowym oraz ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis

**Zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach); bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą).*