

Załącznik nr 1
do Regulamin rekrutacji uczestników
na szkolenia specjalizacyjne oraz
kursy kwalifikacyjne w ramach
Komponentu III Projektu „Pomocna
dłoń pod bezpiecznym dachem”
współfinansowanego w ramach
Szwajcarsko-Polskiego Programu
Współpracy

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
udziału w szkoleniu specjalizacyjnym/kursie kwalifikacyjnym realizowanym
w ramach projektu
„POMOCNA DŁOŃ POD BEZPIECZNYM DACHEM”
współfinansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy

Priorytet - Rozwój społeczny i zasobów ludzkich

Obszar tematyczny - Ochrona zdrowia

Cel II - Poprawa usług podstawowej opieki zdrowotnej i usług opieki społecznej na peryferyjnych i zmarginalizowanych terenach obszarów objętych koncentracją geograficzną, z preferencją do wielosektorowego podejścia programowego

1.	Nazwisko	
2.	Imię/imiona	
3.	Płeć	
4.	Data urodzenia	
5.	Miejsce urodzenia	
6.	PESEL	
7.	Wykształcenie (proszę zaznaczyć X oraz wpisać nazwę szkoły/uczelni i profil/kierunek)	<input type="checkbox"/> średnie - <input type="checkbox"/> wyższe -
8.	Telefon stacjonarny i/lub komórkowy	
9.	Adres poczty email	

Adres zamieszkania ¹		
10.	Ulica	
11.	Numer budynku	
12.	Numer lokalu	
13.	Miejscowość	
14.	Kod pocztowy	
15.	Gmina	
16.	Powiat	
17.	Województwo	
18.	Jestem zatrudniona/-y jako pielęgniarka/pielęgniarz/położna/położny w Domu Pomocy Społecznej (proszę podać pełną nazwę i adres DPS)	
19.	Posiadam dyplom pielęgniarki/pielęgniarza/położnej/położnego	Numer wydany przez dnia
20.	Numer i data wydania Prawa Wykonywania Zawodu	
21.	Posiadam doświadczenie zawodowe jako pielęgniarka/pielęgniarz/ położna /położny wynoszące (proszę wpisać zakończone lata i zakończone miesiące) lat miesięcy, w tym lat miesięcy w okresie ostatnich 5 lat

¹ miejscowość, w której kandydat przebywa z zamiarem stałego pobytu

22.	Zgłaszam chęć udziału w szkoleniu specjalizacyjnym/kursie kwalifikacyjnym:	Szkolenia specjalizacyjne: <input type="checkbox"/> pielęgniarstwa rodzinnego, <input type="checkbox"/> pielęgniarstwa psychiatrycznego, <input type="checkbox"/> pielęgniarstwa zachowawczego, <input type="checkbox"/> pielęgniarstwa opieki długoterminowej, <input type="checkbox"/> pielęgniarstwa geriatrycznego, <input type="checkbox"/> pielęgniarstwa pediatricznego. Kursy kwalifikacyjne: <input type="checkbox"/> pielęgniarstwa rodzinnego, <input checked="" type="checkbox"/> pielęgniarstwa psychiatrycznego, <input type="checkbox"/> pielęgniarstwa zachowawczego, <input type="checkbox"/> pielęgniarstwa opieki długoterminowej.
23.	W ramach projektu „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem” uczestniczyłam/-em w następującym kursie kwalifikacyjnym / szkoleniu specjalizacyjnym:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nie uczestniczyłam/ nie uczestniczyłem w żadnym kursie kwalifikacyjnym / szkoleniu specjalizacyjnym
24.	Spełniam następujące kryteria określone w § 6 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29.10.2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1923 ze zm.) do skrócenia okresu szkolenia specjalizacyjnego <i>(wypełniają tylko osoby, które wybrały szkolenie specjalizacyjne - należy podać podstawę do skrócenia okresu szkolenia, jeśli taka okoliczność występuje)</i>	
25.	Oświadczam, że: - wyrażam zgodę na udział w projekcie, - dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym, - zostałam/-am poinformowany/-na, że projekt jest finansowany ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy, - zapoznałam/-am się z Regulaminem rekrutacji uczestników na szkolenia	

	<p>specjalizacyjne oraz kursy kwalifikacyjne w ramach Komponentu III Projektu „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem” współfinansowanego w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy i akceptuję jego treść,</p> <p>- w przypadku rezygnacji z kursu kwalifikacyjnego lub szkolenia specjalizacyjnego lub skreślenia z listy uczestników lub niezdania egzaminu pokryję całkowite koszty tego kursu lub szkolenia,</p> <p>.....</p> <p>(data) (podpis)</p>
26.	<p>Uprowadzony/-a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wyżej podane dane są zgodne z prawdą.</p> <p>.....</p> <p>(data) (podpis)</p>
27.	<p>Zgoda na rozpowszechnianie wizerunku</p> <p>Wyrażam zgodę na używanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku w realizacji projektu „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem”, zgoda nie jest ograniczona ani czasowo, ani terytorialnie i obejmuje wszelkie formy publikacji, w szczególności: ulotki, drukowane materiały promocyjne, reklamy w gazetach i czasopismach, wizerunek mój może być użyty do różnego rodzaju form elektronicznego przetwarzania obrazu, kadrowania i kompozycji, bez obowiązku akceptacji produktu końcowego, lecz nie w formach obraźliwych lub ogólnie uznanych za nieetyczne, zgoda dotyczy wszelkich zdjęć z moim udziałem wykonanych na zlecenie realizatora projektu Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, zrzekam się niniejszym wszelkich roszczeń w tym również o wynagrodzenie (istniejących i przyszłych), z tytułu wykorzystywania mojego wizerunku na potrzeby jak w oświadczeniu.</p> <p>.....</p> <p>(data) (podpis)</p>
28.	<p>Załączniki:</p> <ol style="list-style-type: none"> Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych. Prawo wykonywania zawodu (kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem). Dyplom pielęgniarki/pielęgniarsza/położnej/położnego (kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem). Dokumenty potwierdzające staż pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza/położnej (kserokopie poświadczone za zgodność z oryginałem). Oświadczenie o odbytych szkoleniach specjalizacyjnych finansowanych ze środków publicznych – dotyczy tylko tych kandydatów, którzy zgłaszają chęć udziału w szkoleniu specjalizacyjnym – <i>skreślić jeśli nie dotyczy.</i> Dokumenty potwierdzające możliwość skrócenia okresu szkolenia specjalizacyjnego określone w § 6 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (kserokopie poświadczone za zgodność z oryginałem) (<i>dołącza się tylko w przypadku wypełnienia wiersza nr 23</i>) – <i>skreślić jeśli nie dotyczy.</i>

Wypełnia Dom Pomocy Społecznej

Pieczęć DPS

Dom Pomocy Społecznej

ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU

Zaświadcza się, że Pan/i PESEL

zamieszkały/a

jest zatrudniony/a od dnia.....

na stanowisku

na podstawie:

- umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony ²
- umowy o pracę zawartej na czas określony do dnia: ²
- umowy cywilnoprawnej zawartej na okres: od do ²

Jednocześnie zaświadcza się, iż ww. osoba nie znajduje się w okresie wypowiedzenia umowy o pracę.

.....
(miejscowość, data).....
(podpis i pieczętka Dyrektora DPS)² Niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 1
do Formularza zgłoszeniowego

.....
Imię i nazwisko Uczestniczki/Uczestnika

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY
NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przystąpieniem do Projektu „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem” realizowanego w ramach Szwajcarsko-Polskiego programu Współpracy wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) administratorem tak zebranych danych osobowych jest Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie (ul. Piastowska 32, 30-070 Kraków) będący Instytucją Realizującą Projekt;
- 2) moje dane osobowe będą przetwarzane:
 - a. na potrzeby rekrutacji do III Komponentu Projektu „Pomocna Dłoń pod Bezpečnym Dachem”;
 - b. na potrzeby wzięcia udziału w szkoleniu specjalizacyjnym/kursie kwalifikacyjnym w ramach projektu „Pomocna Dłoń Pod Bezpečnymi Dachem”;
 - c. na potrzeby ewaluacji, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy;
- 3) moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji Projektu „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy;
- 4) podanie danych jest dobrowolne;
- 5) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
miejsowość, data

.....
CZYTELNY PODPIS
UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA PROJEKTU

Załącznik nr 5
do Formularza zgłoszeniowego.....
Imię i nazwisko Uczestniczki/Uczestnika.....
Tytuł zawodowy.....
*Nr zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu***OŚWIADCZENIE****I. Na podstawie art. 70 ust. 6 -7 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 291, poz. 1707 ze zm.)¹:****A. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 5 lat odbyłam/-em² następujące specjalizacje dofinansowane ze środków publicznych:**1.....
nazwa dziedziny specjalizacji
data zakończenia specjalizacji dd/mm/rr2.....
nazwa dziedziny specjalizacji
data zakończenia specjalizacji dd/mm/rr3.....
nazwa dziedziny specjalizacji
data zakończenia specjalizacji dd/mm/rr4.....
nazwa dziedziny specjalizacji
data zakończenia specjalizacji dd/mm/rr.....
data.....
podpis**B. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 5 lat nie odbywałam/-em specjalizacji dofinansowanej ze środków publicznych**.....
data.....
podpis**II. Oświadczam, że jest mi znana treść art. 70 ust. 5 w/w ustawy, z którego wynika, że pielęgniarka i położna w tym samym czasie może odbywać tylko jedną specjalizację dofinansowaną ze środków publicznych**.....
data.....
podpis¹ w Części I wypełnić odpowiednio pkt. A albo pkt. B² - dotyczy sytuacji gdy osoba składająca oświadczenie, odbywała specjalizację w ramach miejsca dofinansowanego ze środków publicznych i ukończyła szkolenie albo przerwała i nie ukończyła szkolenia (jako datę zakończenia szkolenia należy wówczas wpisać datę rezygnacji ze szkolenia) albo trzykrotnie nie zdała egzaminu państwowego