

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

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
udziału w kursie specjalistycznym 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 <i>(proszę zaznaczyć X oraz wpisać nazwę szkoły/uczelni i profil/kierunek)</i>	<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 kursie specjalistycznym:	<input type="checkbox"/> Leczenie ran <input type="checkbox"/> Terapia bólu przewlekłego u dorosłych <input type="checkbox"/> Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego <i>(można wskazać <u>tylko 1 kurs</u>)</i>
23.	W sytuacji wolnych miejsc zgłaszam chęć udziału w dodatkowym kursie specjalistycznym:	<input type="checkbox"/> Leczenie ran <input type="checkbox"/> Terapia bólu przewlekłego u dorosłych <input type="checkbox"/> Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego <i>(można wskazać <u>tylko 1 kurs dodatkowy</u>)</i>
24.	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
25.	<p>Oświadczam, że:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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/łam się z Regulaminem rekrutacji uczestników na kursy specjalistyczne w ramach Komponentu III Projektu „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem” współfinansowanego w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy i akceptuję jego treść, - w przypadku rezygnacji z kursu specjalistycznego lub skreślenia z listy uczestników lub niezdania egzaminu pokryję całkowite koszty tego kursu, <p>..... (data)</p> <p>..... (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 style="text-align: center;">(data)</p> <p style="text-align: center;">(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 style="text-align: center;">(data)</p> <p style="text-align: center;">(podpis)</p>
28.	<p>Załączniki:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Oświadczenie kandydata na uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.2. Prawo wykonywania zawodu (kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem).3. Dyplom pielęgniarki/pielęgniara/położnej/położnego (kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem).4. Dokumenty potwierdzające staż pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniara/położnej (kserokopie poświadczone za zgodność z oryginałem).

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.

Wyżej wymieniona osoba została skierowana do udziału w kursie

.....

przez pracodawcę ³.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczętka Dyrektora DPS)

² Niepotrzebne skreślić

³ Skreślić jeśli osoba bierze udział w kursie bez skierowania pracodawcy.

Załącznik nr 1
do Formularza zgłoszeniowego

.....
Imię i nazwisko Kandydatki/Kandydata

OŚWIADCZENIE KANDYDATA/-KI NA 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 kursie specjalistycznym w ramach projektu „Pomocna Dłoń Pod Bezpečnych 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
KANDYDATKI/KANDYDATA