|  |
| --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY- NAUCZYCIEL AKADEMICKI/KADRA TECHNICZNA** |

**I.INFORMACJE O PROJEKCIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł projektu** | **„SIMED- symulacja w kształceniu pielęgniarek i położnych- program rozwojowy UJK w Kielcach”** |
| **Nr projektu** | **POWR.05.03.00-00-0061/17** |
| Priorytet: | V. Wsparcie dla obszaru zdrowia |
| Działanie: | 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych |
| Beneficjent: | Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach |

**II. DANE UCZESTNIKA *(PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię (imiona): |  | | | |
| Nazwisko |  | | | |
| Płeć: |  | Kobieta |  | Mężczyzna |
| Data urodzenia (DD MM RR): |  | | | |
| PESEL: |  | | | |
| Wykształcenie:  (proszę zakreślić odpowiednie) | Gimnazjalne/Ponadgimnazjalne/Policealne/Wyższe | | | |

**III.DANE KONTAKTOWE *(PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adres zamieszkania  Ulica: |  | | | | | | |
| Nr domu: |  | | | Nr lokalu: | | |  |
| Miejscowość: |  | | | Kod pocztowy: | | |  |
| Powiat: |  | | | | | | |
| Gmina: |  | | | | | | |
| Województwo: |  | | | Kraj: | |  | |
| Obszar wg stanu urbanizacji |  | teren miejski | |  | teren wiejski | | |
| Numer telefonu kontaktowego: | | |  | | | | |
| Adres poczty elektronicznej e-mail: | | |  | | | | |

**IV.STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY w chwili przystąpienia do projektu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Status na rynku pracy: |  | **Osoba pracująca** |
| W tym: |  | w administracji rządowej |
|  | w administracji samorządowej |
|  | w organizacji pozarządowej |
|  | w MMŚP |
|  | w dużym przedsiębiorstwie |
|  | prowadząca działalność na własny rachunek |
|  | Inne: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wykonywany zawód:  (proszę zaznaczyć) |  | instruktor praktycznej nauki zawodu |
|  | nauczyciel kształcenia ogólnego |
|  | nauczyciel wychowania przedszkolnego |
|  | nauczyciel kształcenia zawodowego |
|  | pracownik instytucji systemu 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: |
| Miejsce zatrudnienia: |  | |

**V.STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU w chwili przystąpienia do projektu:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia\*: |  | Tak |  | Nie |  | Odmawiam odpowiedzi |
| Status i/lub narodowość: |  | | | | | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań: |  | Tak |  | Nie |  |  |
| Osoba z niepełnosprawnościami\*:  (proszę podać rodzaj niepełnosprawności) |  | Tak |  | Nie |  | Odmawiam odpowiedzi |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących:  *w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu*: |  | Tak  *Tak* |  | Nie  *Nie* |  |  |
| Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu: |  | Tak |  | Nie |  |  |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inna niż powyższe)\* |  | Tak |  | Nie |  | Odmawiam odpowiedzi |

\*dane wrażliwe – Uczestnik może odmówić ich podania

**VI.STATUS UCZESTNIKA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Zatrudnienie na Wydziale Lekarskim i Nauk o Zdrowiu |  | Nauczyciel akademicki |  | Pracownik techniczny |
| Rodzaj umowy cywilno-prawnej |  | Umowa o pracę |  | Umowa zlecenie |

**VII.WSKAŹNIKI REKRUTACJI DO PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria rekrutacji** | **Proszę wstawić znak „X” oraz dołączyć dokumenty/kserokopie potwierdzające spełnienie kryteriów rekrutacji** | | | |
| **Doświadczenie zawodowe** |  | Do 2 lat | Powyżej 2 lat |  |
| **Posiadane specjalizacje** |  | 1 specjalizacja | 2 i więcej specjalizacji |  |
| **Kursy kwalifikacyjne/specjalizacyjne** |  | 1-2 kursy | 3 i więcej kursów |  |
| **Certyfikat językowy** |  | 1 certyfikat | 2 i więcej certyfikatów |  |
| **Stopień niepełnosprawności** | Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | | |  |

1. Ja niżej podpisany/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zgłaszam swoje uczestnictwo w projekcie „SIMED- symulacja w kształceniu pielęgniarek i położnych- program rozwojowy UJK w Kielcach” nr POWR.05.03.00-00-0061/17, realizowanym przez Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem projektu i spełniam określone w nim kryteria kwalifikowalności uprawniającej do udziału w projekcie.
3. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach moich danych osobowych zawartych w powyższym formularzu do celów rekrutacji do projektu pn.: „SIMED- symulacja w kształceniu pielęgniarek i położnych- program rozwojowy UJK w Kielcach” zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 922, z późn. zm. ). Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/a faktu, iż przysługuje mi prawo wglądu do podanych danych osobowych oraz ich poprawiania.
5. Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy. Niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

Kielce, dnia ……………………………… r. …………………….……………………. (czytelny podpis uczestnika)