

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

UWAGA! Przed rozpoczęciem wypełniania Formularza zgłoszeniowego należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie. Formularz zgłoszeniowy należy wypełnić w sposób czytelny. **Przyjmowane będą jedynie kompletne i poprawnie wypełnione formularze.**

Tytuł i numer Projektu:	„medi-PROGRES – kompetencje nowoczesnych kadr systemu ochrony zdrowia” POWR.05.02.00-00-0029/16
Oś Priorytetowa:	5. Wsparcie dla obszaru zdrowia
Działanie:	5.2 Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych
Data wpłynięcia/ nr zgłoszenia	WYPEŁNIA BENEFICJENT-SENSE

1. DANE OSOBOWE KANDYDATA Wszystkie pola muszą być uzupełnione.									
Nazwisko:					Imię/Imiona:				
PESEL:									
Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna									
Orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia (opinia lekarska)					<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		Wiek, w chwili przystąpienia do Projektu :		
Miejsce zamieszkania/Dane kontaktowe należy podać adres zamieszkania, który umożliwi również dotarcie do Uczestnika projektu w przypadku kiedy zostanie on wylosowany do udziału w badaniu ewaluacyjnym									
Ulica:					Nr budynku:		Nr lokalu:		
Miejscowość:					Gmina:				
Kod pocztowy:					Kraj:				
Województwo:					Powiat:				
Telefon kontaktowy:					Adres poczty elektronicznej (e-mail):				
Wykształcenie:					<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (brak formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> Podstawowe (dotyczy osób, które ukończyły szkołę podstawową) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (dotyczy osób, które ukończyły gimnazjum) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (dotyczy osób, które ukończyły liceum ogólnokształcące, liceum profilowane, technikum, uzupełniające liceum ogólnokształcące, technikum uzupełniające lub zasadniczą szkołę zawodową) <input type="checkbox"/> Policealne (dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną) <input type="checkbox"/> Wyższe (dotyczy osób, które posiadają wykształcenie wyższe, uzyskały tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra lub doktora)				

Św. Michała 43, 61-119 Poznań | telefon 61 843 26 11 | medi@senseconsulting.pl | medi.senserozwoj.pl

2. STATUS KANDYDATA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
Oświadczam, że w chwili przystąpienia do Projektu jestem (proszę się odnieść do każdej pozycji zaznaczając X):	TAK	NIE
osobą pracującą		
pracownikiem* systemu ochrony zdrowia		
pracownikiem wykonującym <u>administracyjne czynności zawodowe</u> , w tym:		
- kadrą medyczną posiadającą w zakresie obowiązków funkcje administracyjne		
- pracownikiem pionów administracyjnych podmiotów leczniczych		
- kadrą zarządzającą podmiotami leczniczymi		
- mam bezpośredni kontakt z pacjentem		
pracownikiem podmiotu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)		
Zgodnie z umową o zatrudnienie oświadczam, że jestem zatrudniony/a na stanowisku**:		
<p>*Zgodnie z art. 2. Kodeksu Pracy pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. ** Wymagane jest złożenie kopii dokumentu potwierdzającego zatrudnienie w placówce medycznej lub Oświadczenie Kandydata o statusie zatrudnienia.</p>		
Jestem pracownikiem (właściwe zaznaczyć X):		
<input type="checkbox"/> administracji rządowej <input type="checkbox"/> administracji samorządowej <input type="checkbox"/> MMŚP	<input type="checkbox"/> organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> działalności prowadzonej na własny rachunek <input type="checkbox"/> pracującym/ą w dużym przedsiębiorstwie	
Dane podmiotu leczniczego		
Nazwa placówki:		
Adres placówki		
3. STATUS SPOŁECZNY I EKONOMICZNY KANDYDATA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (właściwe zaznaczyć X)		
<p>Oświadczam, że jestem:</p> <p><input type="checkbox"/> osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia (<i>dane wrażliwe</i>),</p> <p><input type="checkbox"/> osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań,</p> <p><input type="checkbox"/> osobą z niepełnosprawnościami - wymagane orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia - opinia lekarska (<i>dane wrażliwe</i>),</p> <p><input type="checkbox"/> osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących,</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu (zaznaczyć X jeśli dotyczy),</p> <p><input type="checkbox"/> osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu,</p> <p><input type="checkbox"/> osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) (<i>dane wrażliwe</i>).</p>		

4. OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Z własnej inicjatywy jako uczestnik indywidualny - osoba prywatna, a nie uczestnik instytucjonalny - jako podmiot leczniczy, wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie „medi-PROGRES – kompetencje nowoczesnych kadr systemu ochrony zdrowia” oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
2. Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w Projekcie „medi-PROGRES – kompetencje nowoczesnych kadr systemu ochrony zdrowia”, zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu oraz spełniam kryteria uczestnictwa w Projekcie określone w ww. Regulaminie.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 5 – Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.
4. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wznosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Beneficjenta – SENSE consulting Sp. z o.o., ul. Św. Michała 43, 61-119 Poznań.
5. Deklaruję uczestnictwo we wszystkich obligacyjnych formach wsparcia w Projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Beneficjenta.
6. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
7. Oświadczam, że jestem zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę.
8. Zostałem poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia, lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej).
9. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Beneficjenta o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej.
10. Zobowiązuje się po zakończeniu mojego uczestnictwa w Projekcie:
 1. w terminie do 4 tygodni od dnia zakończenia udziału w Projekcie, przekazać Beneficjentowi – SENSE consulting Sp. z o.o., informacji i danych (w postaci wypełnionej ankiety) dotyczących mojej sytuacji na rynku pracy po zakończeniu udziału w Projekcie, tj.
 - a) statusu na rynku pracy (pracujący, bezrobotny, bierny zawodowo),
 - b) udziału w kształceniu/szkoleniu lub uzyskiwanego kwalifikacje (wymagane: zaświadczenie od jednostki organizującej kształcenie)
 - c) podjęcia kształcenia lub szkolenia,
 - d) uzyskania kwalifikacji.
 2. W terminie 3 m-cy od dnia zakończenia udziału w Projekcie, przekazać Beneficjentowi – SENSE consulting Sp. z o.o. danych oraz dokumentów dotyczących mojej sytuacji na rynku pracy.
11. Oświadczam, że w przypadku rezygnacji z własnej winy z uczestnictwa w Projekcie „medi-PROGRES – kompetencje nowoczesnych kadr systemu ochrony zdrowia” zobowiązuję się do zwrotu kosztów mojego udziału w w/w Projekcie. Koszty wygenerowane moim udziałem, wyliczone proporcjonalnie do ilości otrzymanego od Beneficjenta wsparcia, zobowiązuję się zwrócić w terminie 14 dni od daty otrzymania wezwania do zapłaty, na wskazane przez Beneficjenta projektu konto bankowe.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy i niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

.....
DATA I CZYTELNY PODPIS KANDYDATA

Ścieżka wsparcia, na którą – na podstawie swojego zakresu obowiązków – kierowany jest Kandydat

WYPEŁNIA BENEFICJENT – SENSE

MODUŁ I – szkolenia obowiązkowe

1. Trening umiejętności analitycznych
2. Etyka w służbie zdrowia
3. Prawne aspekty pracy w systemie ochrony zdrowia

MODUŁ II – szkolenie fakultatywne (właściwie zaznaczyć X):

- Zarządzanie relacjami z pacjentem
- Efektywne zarządzanie i organizacja

.....
CZYTELNY PODPIS BENEFICJENTA

Św. Michała 43, 61-119 Poznań | telefon 61 843 26 11 | medi@senseconsulting.pl | medi.senserozwoj.pl