



Data wpływu do Organizatora:

Przyznane punkty

Projekt: „**Wsparcie kształcenia pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych w Polsce**”
w ramach Działania 01.12 Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 (FERS)
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, nr FERS.01.12-IP.07-0001/25

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI PO ZAREJESTROWANIU W SMK

Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa - obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa lub UE - obywatel kraju spoza UE / bezpaństwowiec										
Imię						Nazwisko					
PESEL											
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)										
Tel. kontaktowy						E-mail					
DANE ADRESOWE											
Kraj						Województwo					
Powiat						Gmina					
Kod pocztowy						Miejscowość					
1. Zakres wsparcia projektowego											
1.1 Nazwa i edycja wybranego kursu											
1.2 Rejestracja w okręgowym rejestrze pielęgniarek /okręgowym rejestrze położnych oraz nazwa Izby						<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE OIPiP w					
1.3 Numer prawa wykonywania zawodu											
2. Status kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć odpowiednio x):											
2.1 Osoba bezrobotna: <input type="checkbox"/> TAK, w tym: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna (nieprzerwanie przez min. 12 m-y) <input type="checkbox"/> inne											
2.2 Osoba bierna zawodowo: <input type="checkbox"/> TAK, w tym: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się/odbywająca kształcenie <input type="checkbox"/> inne											
2.3 Uczestnik/uczestniczka jest przedsiębiorcą w rozumieniu Ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz.U.2021.0.162).						<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE WAŻNE: w przypadku odpowiedzi twierdzącej należy dołączyć Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis oraz Oświadczenie przedsiębiorcy					

UWAGA! W kursach specjalistycznych Wykonywania i interpretacji zapisu elektrokardiologicznego u dorosłych oraz Komunikowaniu interpersonalnym w pielęgniarstwie nie mogą uczestniczyć osoby, które już w tym samym kursie brały udział w ramach projektu nr POWR.07.01.00-00-0004/22 realizowanego w okresie 01.03.2022 do 31.12.2023.

2.4 Osoba pracująca:		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli TAK (osoba pracująca) należy zaznaczyć jedną odpowiedź poniżej:			
<input type="checkbox"/> prowadząca/y działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> pracująca/y w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) <input type="checkbox"/> pracująca/y w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> pracująca/y w MMŚP <input type="checkbox"/> pracująca/y w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> pracująca/y w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> pracująca/y w szkole lub placówce oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> pracująca/y w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)	<input type="checkbox"/> pracująca/y w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> pracująca/y na uczelni <input type="checkbox"/> pracująca/y w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> pracująca/y w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> pracująca/y w instytucie działających Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> pracująca/y w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> pracująca/y dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> pracująca/y na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> inne (jakie?)		
3. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć odpowiednio x):			
3.1 Osoba obcego pochodzenia		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3.2 Osoba państwa trzeciego		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3.3 Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3.4 Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3.5 Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4. Specjalne potrzeby, należy zaznaczyć w sytuacji potrzeby dostosowania wsparcia do specyficznych potrzeb Uczestnika/Uczestniczki:			
4.1 Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową – jakie?:		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4.2 Zapewnienie tłumacza migowego		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4.3 Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4.4 Inne specjalne potrzeby (np. dieta zalecona z przyczyn zdrowotnych, itp.) - proszę opisać jakie:		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Oświadczam, że:

- Zapoznałam(em) się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie oraz zasadami przetwarzania moich danych osobowych w związku z rekrutacją i udziałem w projekcie „Wsparcie kształcenia pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych w Polsce” i nie zgłaszam sprzeciwu wobec przedstawionych informacji.
- Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, potwierdzam prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki

DOTYCZY WYŁĄCZNIE REKRUTACJI NA KURSY KWALIFIKACYJNE:

Oświadczam, że posiadam co najmniej 6-miesięczny staż pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarskiego, położnej/położnego.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki