

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO PROJEKTU NR POWR.07.01.00-00-0002/22
„Kursy podnoszące kwalifikacje kadry medycznej udzielającej świadczeń zdrowotnych, w tym w
związku z chorobą zakaźną, w szczególności COVID-19”

Grupa zawodowa (właściwie zaznaczyć):

- a) Diagnosta Laboratoryjny
- b) Pozostała kadra medyczna pracująca w medycznym laboratorium diagnostycznym
- c) Dietetyk
- d) Logopeda
- e) Elektroradiolog
- Oświadczam, iż posiadam wykształcenie właściwe dla wyżej wskazanej przeze mnie grupy zawodowej.
- Oświadczam, iż posiadam prawo wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego zgodnie z ustawą z dnia 15 września 2022 r. (Dz.U. z 2022 r. poz. 2280) (zaznaczyć jeżeli dotyczy)

Pouczenie: uczestnik ponosi odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, co wynika z ogólnych przepisów Kodeksu Cywilnego.

1. Dane uczestnika

Imię i nazwisko	
Nazwisko Rodowe	
PESEL	
Wykształcenie posiadane (zaznaczyć właściwe)	POZIOM WYKSZTAŁCENIE- TYPY SZKÓŁ <input type="checkbox"/> ISCED 1 podstawowe - Szkoła podstawowa <input type="checkbox"/> ISCED 2 gimnazjalne - Gimnazjum <input type="checkbox"/> ISCED 3 ponadgimnazjalne - Liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa <input type="checkbox"/> ISCED 4 policealne - Szkoły policealne <input type="checkbox"/> ISCED 5 - 8 - wykształcenie wyższe

2. Dane kontaktowe

Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica (bez ul. sama nazwa ulicy)	
Nr budynku	
Nr lokalu	

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
3. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	
Status na rynku pracy (zaznaczyć właściwie)	<p>1. Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna</p> <p><input type="checkbox"/> Inne</p> <p>2. Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna</p> <p><input type="checkbox"/> Inne</p> <p>3. Osoba bierna zawodowo, w tym:</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba ucząca się</p> <p><input type="checkbox"/> Inne</p> <p>4. Osoba pracująca, w tym:</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie</p> <p><input type="checkbox"/> Inne</p>
Wykonywany zawód	<p><input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia</p> <p><input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integralności społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodzin i pieczy zastępczej</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji wsparcia ekonomii społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno - pedagogicznej</p> <p><input type="checkbox"/> rolnik</p> <p><input type="checkbox"/> inny (jaki)</p>

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Czy w związku z powyższą informacją zgłasza Pan/Pani specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Tak (jakie) <input type="checkbox"/> Nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

4. Deklaracje, oświadczenia

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE nr POWR.07.01.00-00-0002/22, pn. „Kursy podnoszące kwalifikacje kadry medycznej udzielającej świadczeń zdrowotnych, w tym w związku z chorobą zakaźną, w szczególności COVID-19” w ramach Działania 7.1 Wzmocnienie zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia, Oś priorytetowa VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia.

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że

- 1) Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „ „Kursy podnoszące kwalifikacje kadry medycznej udzielającej świadczeń zdrowotnych, w tym w związku z chorobą zakaźną, w szczególności COVID-19””, realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach osi priorytetowej VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia, nr Projektu: POWR.07.01.00-00-0002/22-00, realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia – Departament Rozwoju Kadr Medycznych, w partnerstwie z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego oraz Krajową Izbą Diagnostów Laboratoryjnych, akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie;
- 2) Zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Osii priorytetowej VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

- 3) Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
- 4) Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych niezbędnych w procesie realizacji projektu;
- 5) Zostałem/am poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia;
- 6) Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych, którego celem jest udoskonalenie oferowanej dotychczas pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb przyszłych uczestników, prowadzonych przez MZ - Lidera projektu lub CMKP - Partnera projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej;
- 7) Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
- 8) Oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym, załączone dokumenty oraz ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
- 9) Oświadczam, iż załączona kopia dyplomu potwierdzająca przynależność do grupy zawodowej objętej projektem oraz suplement do dyplomu/wykaz godzin kształcenia w zakresie grupy zawodowej objętej projektem są zgodne z oryginałem dokumentów;
- 10) Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie
- 11) Zobowiązuję się do uczestnictwa w szkoleniu
- 12) Zobowiązuję się do wypełniania wszelkich wymaganych dokumentów niezbędnych w procesie realizacji projektu, w tym m. in. list obecności;
- 13) Zostałem poinformowany o prawie bycia zapomnianym, sprostowania oraz zgłaszania naruszeń;
- 14) Wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących (nr telefonu) dla celów realizacji projektu;
- 15) W przypadku mojej rezygnacji (nawet częściowej) z udziału w projekcie z przyczyn niezaakceptowanych przez MZ – Lidera projektu lub w przypadku naruszenia przeze mnie postanowienia Regulaminu rekrutacji zobowiązuje się do zwrotu na rzecz Ministra Zdrowia całości lub części kosztów, w tym należności ubocznych, związanych ze wsparciem, które otrzymałem w ramach projektu.
- 16) Jeżeli w trakcie trwania szkolenia realizowanego w ramach projektu bez uzasadnionych przyczyn nie podejmę podnoszenia kompetencji zawodowych lub przerwę podnoszenie tych kompetencji, zobowiązuję się do zwrotu kosztów poniesionych przez MZ – Lidera projektu z tytułu świadczeń na ten cel za okres do momentu uzyskania przez MZ- Lidera projektu wiedzy o zaniechaniu lub przerwaniu podnoszenia kompetencji przeze mnie.

CZYTELNY PODPIS

/podpisano elektronicznie/**

****niepotrzebne skreślić**

.....

Data podpisu

Załączniki:

1. Kopia dyplomu oraz kopia suplement do dyplomu (jeżeli dotyczy) potwierdzające przynależność do grupy zawodowej objętej projektem;
2. Oświadczenie uczestnika projektu – RODO;
3. Oświadczenie o zatrudnieniu w systemie ochrony zdrowia.