



Data wpływu:	
<i>WYPEŁNIA ORGANIZATOR</i>	

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE
„Wyższe pielęgniarskie kwalifikacje – na przyszłość obligacje”

realizowanym przez Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o. o. w Rzeszowie

DANE UCZESTNIKA

Imię		Nazwisko	
PESEL		Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Wiek (w chwili przystąpienia do projektu (pełne lata))		Wykształcenie	<input type="checkbox"/> wyższe, w tym: <input type="checkbox"/> mgr <input type="checkbox"/> licencjat <input type="checkbox"/> policealne (policealne szkoły medyczne) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (liceum medyczne)
Numer zaśw. prawa wykonywania zawodu (7 cyfr i na końcu P lub A)		Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> pielęgniarka <input type="checkbox"/> pielęgniarz <input type="checkbox"/> położna <input type="checkbox"/> położny
Nazwa i adres miejsca zatrudnienia		
Zatrudniony w:	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP (mikro, małe, średnie) ¹ <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie		

DANE KONTAKTOWE ²

Województwo		Powiat	
Gmina		Miejscowość	
Ulica		Nr budynku	
			Nr lokalu
Kod pocztowy		Obszar wg. stopnia urbanizacji (wypełnia organizator)	
Telefon kontaktowy:		Adres e-mail (ważne):	

ADRES DO KORESPONDENCJI (jeśli jest inny od ww.) :

DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ ³	➔ kopia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarza lub położnej
	➔ dokument potwierdzający aktualne zatrudnienie w zawodzie pielęgniarki/arza lub położnej (data sporządzenia nie przekracza 1 miesiąca do dnia kwalifikacji do projektu)
	➔ kopie zaświadczeń ukończenia kursów specjalistycznych / jeśli są wymagane do kursu kwalifik.

¹ MMŚP (mikro, małe, średnie) przedsiębiorstwa, które zatrudniają mniej niż 250 pracowników i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro a/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów euro

² Miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – kodeks cywilny (Dz. Ust. Nr 16, poz. 93. z późn. zmianami)

³ kopie dokumentów muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem (przez podmioty/instytucje wystawiające dokument lub Uczestnika)

Proszę zaznaczyć wybrany kurs ⁴ oraz wskazać miejsce realizacji kursu	Nazwa kursu kwalifikacyjnego:	Wstaw „X”	Wpisz miasto (Rzeszów Tarnobrzeg lub Krosno)
	„Pielęgniarstwo ANESTEZJOLOGICZNE” dla pielęg.		
	„Pielęgniarstwo RODZINNE” dla pielęg.		
	„Pielęgniarstwo EPIDEMIOLOGICZNE” dla pielęg. i położnych		
	„Pielęgniarstwo GERIATRYCZNE” dla pielęg.		
	„Pielęgniarstwo TRANSPLANTACYJNE” dla pielęg.		
	Nazwa kursu specjalistycznego:	Wstaw „X”	Wpisz miasto (Rzeszów Tarnobrzeg lub Krosno)
	„Resuscytacja krążeniowo-oddechowa”		
	„Wykonywanie i interpretacja zapisy EKG”		
	„Wywiad i badania fizykalne”		
	„Leczenie ran” dla pielęg.		

OŚWIADCZENIE:

Świadoma/-y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań oświadczam że:

- dane zawarte w niniejszym formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą,
- zapoznałam/em się z REGULAMINEM Projektu oraz akceptuję jego warunki,
- wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie swoich danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, szkolenia, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Beneficjenta projektu z obowiązków sprawozdawczych wobec Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Rzeszowie,
- zostałam/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Działanie 9.5 Podnoszenie kompetencji osób dorosłych w formach pozaszkolnych,
- zobowiązuję się do udzielania niezbędnych informacji dla celów monitoringu, kontroli i ewaluacji projektu w trakcie i po zakończeniu udziału w projekcie,
- zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu,
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922, z późn. zm.), wyłącznie w celu realizacji projektu, w szczególności w odniesieniu do zbiorów Centralnego Systemu Teleinformatycznego wspierającego realizację programów operacyjnych oraz RPO WP na lata 2014 -2020,
- wyrażam zgodę na nieodpłatne i bezterminowe wykorzystanie, używanie i rozpowszechnianie swojego wizerunku/głosu/wypowiedzi UP na potrzeby projektu, co jest jednoznaczne z tym, iż fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas kursów mogą zostać umieszczone na stronie internetowej lub materiałach promocyjnych.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Uczestnika

⁴ Uwaga! Zgodnie z Regulaminem projektu każda osoba może wziąć udział tylko w jednym kursie w ramach projektu.

POZOSTAŁE INFORMACJE:⁵

Należę do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Jestem osobą bezdomną lub osobą dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie *jeśli tak, to czy przebywam w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej), w tym osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	<input type="checkbox"/> Tak - osoba z obszaru wiejskiego, - osoba z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (brak ukończenia poziomu ISCED 1), - osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, tj: - osoba lub rodzina korzystająca z pomocy społecznej zgodnie lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniająca co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy o pomocy społecznej, - osoba uzależniona od alkoholu/narkotyków lub innych środków odurzających, - chory psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego - osoba zwalniana z zakładu karnego mająca problemy w integracji ze środowiskiem, - uchodźca realizujący indywidualny program integracji, - osoba przebywająca lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych - osoba z niepełnosprawnością, - rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje, - osoba dla której ustalono III profil pomocy, - osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzecz. realizacji programów operac. na lata 2014-2020, - osoba niesamodzielna, - osoba korzystająca z Programu Operac. Pomoc Żywnościowa. <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Uczestnika

⁵ Osoba ma prawo odmowy podania danych. Odmowa udzielenia informacji będzie skutkować brakiem możliwości udziału w projekcie.