**Podnoszenie kompetencji zawodowych dyspozytorów medycznych dyżurujących w Zintegrowanych Dyspozytorniach Medycznych**

**POWR.05.04.00-00-0104/16**

|  |
| --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE** | **Imię:** |  | **PESEL:** |  |
| **Nazwisko:** |  | **Brak PESEL:** | * tak
* nie
 |
| **Wykształcenie:** | * **niższe niż podstawowe** (bez formalnego wykształcenia)
* **podstawowe** (ukończona szkoła podstawowa)
* **gimnazjalne** (ukończone gimnazjum)
* **ponadgimnazjalne** (ukończone liceum ogólnokształcące, liceum profilowane, technikum, uzupełniające liceum ogólnokształcące, technikum uzupełniające lub zasadniczą szkołę zawodową)
* **policealne**  (ukończona szkoła policealna)
* **wyższe**  (tytuł licencjata, inżyniera, magistra lub doktora)
 |
| **DANE KONTAKTOWE – ADRES ZAMIESZANIA** | **Ulica:** |  | **Kraj:** |  |
| **Nr domu/lokalu:** |  | **Województwo:**  |  |
| **Miejscowość[[1]](#footnote-1):** |  | **Powiat:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  | **Gmina:** |  |
| **Adres e-mail:** |  | **Telefon kontaktowy:** |  |
| **DANE DODATKOWE – STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU** | **Status osoby na rynku pracy w chwili****przystąpienia do projektu:** | **Zatrudniony w(nazwa i adres)** |  |
| **Zatrudniony na stanowisku** |  |
| **Dochody** (zgodnie z Art.8 ust. o pomocy społ.) | Oświadczam, że miesięczne dochody w gospodarstwie domowym nie przekraczają:* dla osoby samotnie gospodarującej – 634 zł
* dla osoby w rodzinie – 514 zł
* odmawiam podania informacji[[2]](#footnote-2)
 |

**Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie:**

1. Jestem osobą dorosłą zgłaszającą się do udziału w projekcie z własnej inicjatywy.
2. Jestem osoba zatrudnioną w publicznym systemie ochrony zdrowia (tj. osobą zatrudnioną na umowę o pracę lub umowę cywilno-prawną w podmiocie leczniczym posiadającym kontrakt z OW NFZ) i wykonuję czynności zawodowe dyspozytora medycznego.
3. Jestem osobą legitymującą się dyplomem potwierdzającym tytuł:
* ratownika medycznego,
* lekarza systemu,
* pielęgniarki systemu.
1. Posiadam prawo do wykonywania zawodu:
* TAK
* NIE
* Nie dotyczy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SL 2014** | **Posiadam status osoby z niepełno sprawnościami:** ***(dane wrażliwe)******wymagana kserokopia orzeczenia*** |  (w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.)* tak
* nie
* odmawiam podania informacji[[3]](#footnote-3)
 |  (osoba z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.)* tak
* nie
* odmawiam podania informacji[[4]](#footnote-4)
 |
| **JESTEM:** |
| **- osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia *(dane wrażliwe)*:**  | * tak
* nie
* odmowa podania informacji
 |
| **- osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań:**  | * tak
* nie
 |
| **- osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących,**  | * tak
* nie
 |
|  **w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającym i na utrzymaniu:** | * tak
* nie
 |
| **- osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu:** | * tak
* nie
 |
| **- osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) *(dane wrażliwe)*:** | * tak
* nie
* odmowa podania informacji
 |

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w projekcie „Podnoszenie kompetencji zawodowych dyspozytorów medycznych dyżurujących w Zintegrowanych Dyspozytorniach Medycznych” zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa oraz akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu.
2. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Osi priorytetowej V Wsparcie dla obszaru zdrowia w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Działanie 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że udział w projekcie jest bezpłatny.
4. Zostałem/am poinformowany/a, iż ścieżka uczestnictwa w projekcie obejmuje łącznie następującą formę pomocy: szkolenie (składające się z 3 bloków tematycznych).
5. Zobowiązuję się do odbywania wynikających z Projektu formy wsparcia zgodnie z przewidzianym harmonogramem (szkolenia).
6. Zobowiązuję się do wypełniania ankiet ewaluacyjnych i monitoringowych, oraz innych dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji Projektu.
7. Zobowiązuję się do potwierdzania uczestnictwa w formach wsparcia swoim podpisem na listach obecności i innych dokumentach stosowanych w Projekcie.
8. Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o zmianach danych osobowych, kontaktowych i innych danych przedstawionych na dokumentach zgłoszeniowych do Projektu oraz o wszystkich zdarzeniach mogących zakłócić jego dalszy udział w Projekcie.
9. Zobowiązuję się do dostarczenia do 4 tygodni od zakończenia udziału w Projekcie oświadczenia, w oparciu o które będą zbierane informacje nt. sytuacji uczestnika.
10. 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).
11. **Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie „Podnoszenie kompetencji zawodowych dyspozytorów medycznych dyżurujących w Zintegrowanych Dyspozytorniach Medycznych” oraz zgodę na udział w procesie rekrutacyjnym.**
12. **Oświadczam, że wszystkie dane podane przeze mnie w niniejszym formularzu zgłoszeniowe są zgodne z prawdą.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data:** |  | **Czytelny Podpis:** |  |

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 Realizatorów Projektu.

1. Zgodnie z Kodeksem cywilnym Art. 25. miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Odmowa podania tej informacji nie dyskwalifikuje Kandydata z udziału w projekcie, może jedynie ograniczyć liczbę punktów możliwych do uzyskania w procesie rekrutacji. [↑](#footnote-ref-2)
3. Odmowa podania tej informacji nie dyskwalifikuje Kandydata z udziału w projekcie, może jedynie ograniczyć liczbę punktów możliwych do uzyskania w procesie rekrutacji. [↑](#footnote-ref-3)
4. j.w. [↑](#footnote-ref-4)