



## 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:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> <b>niższe niż podstawowe</b> (bez formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> <b>podstawowe</b> (ukończona szkoła podstawowa) <input type="checkbox"/> <b>gimnazjalne</b> (ukończone gimnazjum) <input type="checkbox"/> <b>ponadgimnazjalne</b> (ukończone liceum ogólnokształcące, liceum profilowane, technikum, uzupełniające liceum ogólnokształcące, technikum uzupełniające lub zasadniczą szkołę zawodową) <input type="checkbox"/> <b>policealne</b> (ukończona szkoła policealna) <input type="checkbox"/> <b>wyższe</b> (tytuł licencjata, inżyniera, magistra lub doktora)		
DANE KONTAKTOWE – ADRES ZAMIESZKANIA	Ulica:		Kraj:	
	Nr domu/lokalu:		Województwo:	
	Miejscowość <sup>1</sup> :		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: <input type="checkbox"/> dla osoby samotnie gospodarującej – 634 zł <input type="checkbox"/> dla osoby w rodzinie – 514 zł <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji <sup>2</sup>	

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

- Jestem osobą dorosłą zgłaszającą się do udziału w projekcie z własnej inicjatywy.
- Jestem osobą 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.
- Jestem osobą legitymującą się dyplomem potwierdzającym tytuł:
  - ratownika medycznego,
  - lekarza systemu,
  - pielęgniarki systemu.
- Posiadam prawo do wykonywania zawodu:
  - TAK
  - NIE
  - Nie dotyczy

<sup>1</sup> Zgodnie z Kodeksem cywilnym Art. 25. miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

<sup>2</sup> Odmowa podania tej informacji nie dyskwalifikuje Kandydata z udziału w projekcie, może jedynie ograniczyć liczbę punktów możliwych do uzyskania w procesie rekrutacji.



<b>SL 2014</b>	<b>Posiadam status osoby z niepełno sprawnościami: (dane wrażliwe)</b>  <i>wymagana kserokopia orzeczenia</i>	(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.) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji <sup>3</sup>	(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.) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji <sup>4</sup>
	<b>JESTEM:</b>		
	- osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (dane wrażliwe):	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	
	- osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
	- osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących,	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
	<b>w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającym i na utrzymaniu:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
	- osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
- osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) (dane wrażliwe):	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji		

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

- 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.
- 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.
- Zostałem/am poinformowany/a, że udział w projekcie jest bezpłatny.
- Zostałem/am poinformowany/a, iż ścieżka uczestnictwa w projekcie obejmuje łącznie następującą formę pomocy: szkolenie (składające się z 3 bloków tematycznych).
- Zobowiązuję się do odbywania wynikających z Projektu formy wsparcia zgodnie z przewidzianym harmonogramem (szkolenia).
- Zobowiązuję się do wypełniania ankiet ewaluacyjnych i monitoringowych, oraz innych dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji Projektu.
- Zobowiązuję się do potwierdzania uczestnictwa w formach wsparcia swoim podpisem na listach obecności i innych dokumentach stosowanych w Projekcie.
- 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.
- Zobowiązuję się do dostarczenia do 4 tygodni od zakończenia udziału w Projekcie oświadczenia, w oparciu o które będą zbierane informacje nt. sytuacji uczestnika.
- 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).
- Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie „Podnoszenie kompetencji zawodowych dyspozytorów medycznych dyżurujących w Zintegrowanych Dyspozytorniach Medycznych” oraz zgodę na udział w procesie rekrutacyjnym.**
- Oświadczam, że wszystkie dane podane przeze mnie w niniejszym formularzu zgłoszeniowe są zgodne z prawdą.**

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 wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatorów Projektu.

<b>Data:</b>		<b>Czytelny Podpis:</b>	
--------------	--	-------------------------	--

<sup>3</sup> Odmowa podania tej informacji nie dyskwalifikuje Kandydata z udziału w projekcie, może jedynie ograniczyć liczbę punktów możliwych do uzyskania w procesie rekrutacji.

<sup>4</sup> j.w.