

FORMULARZ OSOBOWY UCZESTNIKA PROJEKTU

„Realizacja Programu Rozwojowego w zakresie Symulacji Medycznej w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” nr POWR.05.03.00-00-0005/15-00

DANE UCZESTNIKA			
Kraj			
Imię		Nazwisko	
Pesel		Płeć	Kobieta Mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu			
Wykształcenie			
Gimnazjalne	Policealne	Ponadgimnazjalne	Wyższe
DANE KONTAKTOWE			
Województwo		Powiat	
		Gmina	
Miejscowość		Ulica	
		Nr budynku	Nr lokalu
Kod pocztowy		Nr telefonu	
		Email	
SZCZEGÓŁY WSPARCIA			
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu			
Bezrobotny	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		
	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		
	Osoba bierna zawodowo	Osoba ucząca się	
		Osoba nieuczestnicząca w szkoleniu lub kształceniu	
Zatrudniony	Osoba pracująca w administracji rządowej		
	Osoba pracująca w administracji samorządowej		
	Inne		
	Osoba pracująca w MMŚP		
	Osoba pracująca w organizacji pozarządowej		
	Osoba prowadząca działalność na własny rachunek		
	Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie		
Wykonywany zawód	Inny		
	Instruktor praktycznej nauki zawodu		
	Nauczyciel kształcenia ogólnego		
	Nauczyciel wychowania przedszkolnego		
	Nauczyciel kształcenia zawodowego		
	Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia		
	Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej		
	Pracownik instytucji rynku pracy		

	Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
	Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
	Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
	Pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej
	Rolnik
Miejsce pracy	
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	Nie
	Odmowa podania informacji
	Tak
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	Nie
	Tak
Osoba z niepełnosprawnościami	Nie
	Odmowa podania informacji
	Tak
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)	Nie
	Odmowa podania informacji
	Tak

Oświadczam, że

1. Zostałem/am poinformowany/a, iż projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój;
2. Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń i jednocześnie potwierdzam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą,
3. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie.

.....

Czytelny podpis uczestnika

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W ZAAWANSOWANYM KURSIE NA INSTRUKTORÓW Z ZAKRESU SYMULACJI MEDYCZNEJ DLA KADRY DYDAKTYCZNEJ, KTÓRY ODBĘDZIE SIĘ W POZNANIU W DNIACH 18-20.09.2019 NA UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM im. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU W RAMACH PROJEKTU „REALIZACJA PROGRAMU ROZWOJOWEGO W ZAKRESIE SYMULACJI MEDYCZNEJ W UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU”

Stopień/tytuł, imię i nazwisko kandydatki/kandydata:

.....
1. Telefon:

.....
2. E-mail:

.....
3. Miejsce zatrudnienia (nazwa wydziału, nazwa katedry, inne, adres, telefon):

.....
4. Doświadczenie w pracy dydaktycznej w Centrum Symulacji Medycznej (proszę opisać):

.....
5. Forma zaangażowania w Projekt „Realizacja Programu Rozwojowego w zakresie Symulacji Medycznej w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu”

.....
6. Kierownik CSM TAK /NIE

7. Koordynator OSCE TAK/NIE

Na potwierdzenie informacji podanych powyżej dopuszczalne jest dołączenie załączników.

.....
Podpis kandydatki/kandydata