Poznań 10.09.2020r.

**Zasady rekrutacji dla pracowników Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu na szkolenie dla instruktorów z prowadzenia zajęć we współpracy ze standaryzowanym pacjentem**

**Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, w ramach realizacji projektu:**

,,Realizacja Programu Rozwojowego w zakresie Symulacji Medycznej w Uniwersytecie Medycznym im. Karola

Marcinkowskiego w Poznaniu’’ - realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój

2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego,

**ogłasza rekrutację otwartą dla pracowników Uniwersytetu Medycznego im. Karola**

**Marcinkowskiego w Poznaniu na szkolenie instruktorów z prowadzenia zajęć**

**we współpracy ze standaryzowanym pacjentem.**

**Cel kursu:**

1. Zapoznanie z zasadami prowadzenia zajęć we współpracy z Symulowanym Pacjentem (SP).
2. Poznanie z możliwościami i ograniczeniami zajęć z SP z perspektywy lekarza, psychologa i reżysera.
3. Zapoznanie zasad pisania scenariuszy do zajęć z SP.
4. Poznanie sprzętu wykorzystywanego podczas prowadzenia zajęć metodą symulacji niskiej, pośredniej i wysokiej wierności.
5. Zapoznanie z zasadami konstruowania informacji zwrotnej wykorzystywanej do kształcenia w zakresie umiejętności miękkich.

**Uczestnicy:**

* 1. W rekrutacji mogą wziąć udział pracownicy Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego
	w Poznaniu prowadzący zajęcia dydaktyczne.
	2. W celu zgłoszenia się należy wypełnić załączony FORMULARZ OSOBOWY UCZESTNIKA PROJEKTU, FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY oraz ZGODĘ NA PRZERWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH **podpisać je**

i wysłać na adres power@ump.edu.pl. Powyższe dokumenty –**oryginały** należy dostarczyć **w formie papierowej** na szkolenie.

**2. Rekrutacja:**

2.1 Kwalifikacja odbywać się będzie na podstawie następujących kryteriów:

* + - 1. Zatrudnienie w UMP – warunek konieczny.
			2. Planowane prowadzenie zajęć w roku akademickim 2019/2020 we współpracy z symulowanym pacjentem: tak - 1 pkt, nie - 0 pkt.
			3. Osoba zaangażowana w pracę dydaktyczną różnymi metodami symulacyjnymi - 1 pkt za każdy rok pracy.
	1. W przypadku uzyskania równoważnej liczby punktów, o kwalifikacji do szkolenia decyduje Komisja Rekrutacyjna.
	2. Po zakończeniu rekrutacji zostanie sporządzona lista podstawowa oraz lista rezerwowa uczestników chętnych do udziału w szkoleniu dla instruktorów symulacji.
	3. Osoby zakwalifikowane do szkolenia zobowiązane będą do podpisania przed otrzymaniem wsparcia Oświadczenia uczestnika projektu zgodnie z umową o dofinansowanie projektu. Odmowa podpisania oświadczenia równoznaczne jest z rezygnacją ze szkolenia.
	4. Nie ma możliwości rezygnacji z udziału w szkoleniu, z wyjątkiem sytuacji losowych. Miejsce osoby, która zrezygnowała z udziału w kursie zajmuje osoba z listy rezerwowej, na podstawie wyniku rekrutacji.

**3. Realizacja:**

3.1 Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu zobowiązuje się do pokrycia kosztów udziału w szkoleniu, przeznaczonych w szczególności na sfinansowanie:

a) prowadzących kurs,

* + - 1. materiałów dydaktycznych,
			2. obsługi gastronomicznej.

**4. Termin rekrutacji:**

**Rekrutacja otwarta ciągła od 10.09.2020 - w tym terminie będą aktywne linki z załącznikami do pobrania.**

**Obecnie przyjmowane są zapisy na III edycję szkolenia, które odbędzie się w dniu** **24.09.2020.**

**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 SZKOLENIU DLA INSTRUKTORÓW W RAMACH PROJEKTU**

**,,REALIZACJA PROGRAMU ROZWOJOWEGO W ZAKRESIE SYMULACJI MEDYCZNEJ**

**W UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU’’** - realizowanego w ramach

Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój

2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Stopień/tytuł, imię i nazwisko kandydatki/kandydata:

..................................................................................................................

1. Telefon:

………………………………………………………………………………………………………………

1. E-mail:

…………………………………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………………………

1. Doświadczenie w pracy dydaktycznej (opisać)

…………………………………………………………………………………………………………………

1. Forma zaangażowania w pracę dydaktyczną metodami symulacyjnymi (opisać)

…………………………………………………………………………………………………………………

Na potwierdzenie informacji podanych powyżej dopuszczalne jest dołączenie załączników.

 …………………………………………………

 Podpis kandydatki/kandydata