

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU****„Wyższe kompetencje kadr medycznych” nr FERS.01.05-IP.08-0482/23**

Formularz prosimy wypełnić odręcznie drukowanymi literami lub komputerowo;  
właściwą odpowiedź należy zaznaczyć krzyżykiem (znak x); wymagane jest wypełnienie wszystkich pól (w przypadku gdy zakres danych nie dotyczy osoby wypełniającej Formularz, należy wpisać „nie dotyczy” lub znak - -.

Przed złożeniem formularza należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.

**I. DANE KANDYDATA / KANDYDATKI**

<b>IMIĘ</b>		<b>NAZWISKO</b>	
<b>PESEL</b>		<b>DATA URODZENIA</b>	
<b>PŁEĆ</b>	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna		

**II. DANE KONTAKTOWE**

<b>ULICA</b>		<b>NR DOMU</b>		<b>NR LOKALU</b>	
<b>MIEJSCOWOŚĆ</b>		<b>KOD POCZTOWY</b>			
<b>GMINA</b>		<b>POWIAT</b>			
<b>WOJEWÓDZTWO</b>		<b>KRAJ</b>			
<b>TELEFON</b>		<b>ADRES E-MAIL</b>			

**III. DODATKOWE INFORMACJE**

<b>WYKSZTAŁCENIE</b>	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe (I stopnia) <input type="checkbox"/> wyższe (II stopnia)				
<b>Nazwa ukończonego kierunku studiów</b>	<input type="checkbox"/> studia I stopnia <input type="checkbox"/> studia II stopnia, jednolite magisterskie				
<b>Wykonywany zawód / Pełniona funkcja</b>					
<b>Nazwa i adres zakładu pracy</b>					
<b>Student/ Studentka</b>	<input type="checkbox"/> I roku <input type="checkbox"/> II roku <input type="checkbox"/> III roku <input type="checkbox"/> IV roku <input type="checkbox"/> V roku <input type="checkbox"/> VI roku				
	<input type="checkbox"/> studia I stopnia <input type="checkbox"/> studia II stopnia, jednolite magisterskie		na kierunku.....		
<b>Nazwa uczelni</b>					
<b>Rejestracja w okręgowym rejestrze pielęgniarek/ okręgowym rejestrze położnych oraz nazwa Izby</b>		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE OIPiP w .....			
<b>Numer prawa wykonywania zawodu</b>					
<b>Staż pracy w zawodzie pielęgniarzki/pielęgniarsza/położnej/położnego (liczba lat lub miesięcy)</b>					
<b>Czy jesteś osobą z niepełnosprawnościami?</b>		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI	

Specjalne potrzeby (np. tłumacz języka migowego, pętla indukcyjna, wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ głuchoniewidomej / z niepełnosprawnością fizyczną, powiększony tekst, inne) proszę wskazać jakie:

.....

**Wyrażam zainteresowanie udziałem w:****Zadanie 1 – Szkolenia rozwijające kompetencje interpersonalne i menedżerskie**

Nr	Blok / Tematyka szkolenia	Forma szkolenia	Liczba godzin	Egzamin/ Certyfikat	Zgłaszam udział ( x )
1	Blok 1. Rozwój umiejętności interpersonalnych między kadrą a pacjentem w placówkach medycznych	stacjonarne	24 h	Tak	<input type="checkbox"/>
2	Blok 1. Komunikacja w zespole medycznym	stacjonarne	24 h	Tak	<input type="checkbox"/>
3	Blok 1. Komunikacja z pacjentem trudnym	stacjonarne	24 h	Tak	<input type="checkbox"/>
4	Blok 1. Komunikacja z pacjentem niepełnosprawnym	stacjonarne	24 h	Tak	<input type="checkbox"/>
5	Blok 1. Asertywność w pracy dla kadr pracujących w placówkach ochrony zdrowia	stacjonarne	24 h	Tak	<input type="checkbox"/>
6	Blok 2. Profil Osobowości Persolog*	stacjonarne	16 h	Tak	<input type="checkbox"/>
	Blok 2. Profil Stresu Persolog*	stacjonarne	16 h	Tak	<input type="checkbox"/>
	Blok 2. Rezyliencja Persolog*	stacjonarne	8 h	Tak	<input type="checkbox"/>
7	Blok 3. Zarządzanie sobą i facylitacja współpracy w organizacji (głównie dla kadry zarządzającej placówkami ochrony zdrowia)	szkolenie wyjazdowe	24 h	Tak	<input type="checkbox"/>

Każda osoba może uczestniczyć w maksymalnie 2 szkoleniach w ramach Bloku 1.

\*wybierając szkolenie Blok 2. Kandydat/-ka deklaruje udział w całym cyklu 3 szkoleń w ramach Bloku 2: Profil osobowości, Profil Stresu, Rezyliencja (łącznie 40 godz. dydaktycznych).

**Zadanie 2 – Kursy specjalistyczne dla pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych**

Nr	Nazwa kursu Specjalistycznego	Grupa docelowa	Liczba godzin <b>Teoria/Praktyka</b>	Egzamin/ Certyfikat	Zgłaszam udział ( x )
1	Edukator w chorobach układu krążenia	Pielęgniarki/-rze	100 h (T-80h/P-20h)	Tak	<input type="checkbox"/>
2	Leczenie ran	Pielęgniarki/-rze	140 h (T-60h/P-80h)	Tak	<input type="checkbox"/>
3	Szczepienia ochronne	Pielęgniarki/-rze	80 h (T-35h/P-45h)	Tak	<input type="checkbox"/>
4	Resuscytacja krążeniowo-oddechowa	Pielęgniarki/-rze i położne/-i	90 h (T-60h/P-30h)	Tak	<input type="checkbox"/>
5	Terapia bólu ostrego u dorosłych	Pielęgniarki/-rze i położne/-i	98 h (T-28h/P-70h)	Tak	<input type="checkbox"/>
6	Terapia bólu przewlekłego u dorosłych	Pielęgniarki/-rze i położne/-i	84 h (T-40h/P-44h)	Tak	<input type="checkbox"/>
7	Wykonanie i interpretacja zapisu EKG	Pielęgniarki/-rze i położne/-i	108 h (T-50h/P-58h)	Tak	<input type="checkbox"/>

Każda osoba może uczestniczyć tylko w 1 kursie.

**Data i czytelny podpis Kandydata/-ki:**

.....



## DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE

**Deklaruję wolę udziału w projekcie „Wyższe kompetencje kadr medycznych”, nr FERS.01.05-IP.08-0482/23, realizowanym przez Wyższą Szkołę Zarządzania w Częstochowie w partnerstwie z Towarzystwem Lekarskim Częstochowskim Oddziałem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 i oświadczam, że:**

1. zostałem/-am poinformowany/-a, że Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus;
2. spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w Projekcie;
3. zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie, akceptuję zawarte w nim warunki oraz zobowiązuję się do ich przestrzegania;
4. dane podane w Formularzu zgłoszeniowym do projektu są zgodne z prawdą i zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
5. zapoznałem/-am się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez Wyższą Szkołę Zarządzania i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych na warunkach w niej wskazanych:

### Klauzula RODO

Zgodnie z art. 13 i 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: „**RODO**”) informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych uczestników projektu „Wyższe kompetencje kadr medycznych”, nr FERS.01.05-IP.08-0482/23 jest Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie, ul. 1 Maja 40, 42-217 Częstochowa, tel. 34 368 30 53.
2. Podstawą przetwarzania danych jest zobowiązanie wynikające z Ustawy z dnia 28.04.2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027, a w szczególności Rozdziału 18 tej ustawy oraz art. 6 ust. 1 lit. c, f, art. 9 ust. 2 lit. g RODO.
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji projektu „Wyższe kompetencje kadr medycznych”, nr FERS.01.05-IP.08-0482/23, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027, w szczególności w celu rekrutacji do Projektu, komunikacji, publikacji, udzielenia wsparcia, określania kwalifikowalności uczestników, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje, sprawozdawczości, rozliczenia projektu, działań informacyjno-promocyjnych projektu, zachowania trwałości projektu, archiwizacji.
4. Dane osobowe mogą zostać ujawnione innym podmiotom (np. obsłudze prawnej, informatycznej, bankom w zakresie realizacji płatności, podmiotom archiwizującym dokumenty) oraz podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, w szczególności Instytucji Pośredniczącej - Narodowemu Centrum Badań i Rozwoju oraz Instytucji Zarządzającej - ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego, w szczególności w celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych.
5. Dane osobowe będą przechowywane zgodnie z Wytycznymi dotyczącymi kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027 oraz umową o dofinansowanie realizacji projektu przez okres pięciu lat począwszy od 31 grudnia roku, w którym został zatwierdzony końcowy wniosek o płatność w ramach Projektu.
6. Podanie danych jest konieczne do realizacji celu określonego w pkt. 3, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości udziału w Projekcie.
7. Osobom, których dane dotyczą przysługuje prawo: dostępu do swoich danych osobowych oraz informacji na temat sposobu ich przetwarzania, prawo do ich sprostowania, ograniczenia, usunięcia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, cofnięcia zgody na przetwarzanie - z zastrzeżeniem wystąpienia okoliczności wskazanych w art. 17 i 18 RODO.
8. Dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
9. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
10. W przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych przez Administratora narusza przepisy RODO lub inne krajowe przepisy regulujące kwestię ochrony danych osobowych, obowiązujące w Polsce, przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
11. Jeśli mają Państwo pytania dotyczące przetwarzania przez Wyższą Szkołę Zarządzania w Częstochowie danych osobowych, prosimy kontaktować się z Inspektorem ochrony danych elektronicznie (adres e-mail: [rektorat@wsz.edu.pl](mailto:rektorat@wsz.edu.pl)).

.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*Czytelny Podpis Kandydata / Kandydatki*

DATA WPŁYWU Formularza zgłoszeniowego		SPOSÓB DOSTARCZENIA	Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie
		mailowo/pocztą /osobiście	