

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Projekt: **Nowe kwalifikacje i uprawnienia podstawą do poprawy usług medycznych w Polsce**
realizowany w ramach Priorytetu V: Wsparcie dla obszaru zdrowia
Działanie 5.4. Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych.

**Niniejszym deklaruję uczestnictwo w wyżej wymienionym projekcie i oświadczam,
że spełniam wymagane kryteria kwalifikacyjne dla kursu*:**

Wywiad i badanie fizykalne

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI !

Dane podstawowe	Imię (imiona)		
	Nazwisko		
	PESEL		
	Data i miejsce urodzenia		
	Nr prawa wykonywania zawodu		
	Płeć *	MĘŻCZYZNA KOBIEТА	
Adres zamieszkania	Województwo		
	Powiat		
	Gmina		
	Kod pocztowy		
	Poczta		
	Miejscowość		
	Ulica		
	Nr domu / Nr lokalu		
Obszar *	MIEJSKI WIEJSKI		
Dane kontaktowe	Telefon stacjonarny		
	Telefon komórkowy		
	Adres poczty elektronicznej (e-mail)		
Dane dodatkowe	Posiadane kwalifikacje zawodowe w zawodzie pielęgniarki/ położnej*	Liceum medyczne	
		Medyczne Studium Zawodowe	
		Studia I stopnia kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo	
		Studia II stopnia kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo	
		Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa	

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	Bezrobotny*	TAK NIE		
	Samozatrudnienie*	TAK NIE		
	Zatrudnienie*	PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA	TAK NIE	
		w tym PIELĘGNIARSTWO ŚRODOWISKOWE		
		OPIEKA DŁUGOTERMINOWA		
PORADNIA SPECJALISTYCZNA				
	SZPITAL			
	INNE: (jakie).....			
Okres zatrudnienia w zawodzie pielęgniarki/położnej	Miesiące			
	Lat			
Szczegóły wsparcia**	Wagi punktowe zgodne z priorytetami zawartymi w Projekcie	Zatrudnienie (0-2pkt) Priorytet: POZ, w tym pielęgniarstwo środowiskowe		
		Obszar: wiejski/miejski (0-1pkt) Priorytet: obszar wiejski		
		Płeć (0-1pkt) Priorytet: płeć męska		
		LICZBA PUNKTÓW		
	Data rozpoczęcia udziału w projekcie			
	Data zakończenia udziału w projekcie			
	Zakończenie udziału we wsparciu zgodnie z zaplanowaną ścieżką uczestnictwa	TAK		
		NIE		
Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia				

* wstaw X przy właściwej odpowiedzi

** wypełnia organizator

Załączniki do formularza:

1. Kserokopia Prawa Wykonywania Zawodu
2. Oryginał aktualnego zaświadczenia o zatrudnieniu (ważne 1 miesiąc)

Oświadczam, że nie uczestniczę i nie uczestniczyłem/am w szkoleniach o tym samym zakresie w ramach projektów współfinansowanych przez Unię Europejską, w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowany o tym, że projekt jest **współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Priorytet V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Działanie 5.4. Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań ewaluacyjnych

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis