



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Podniesienie kwalifikacji zawodowych i kompetencji miękkich 750 pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych zgodnie z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi kraju ” poprzez kształcenie podyplomowe organizowane przez Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie

Uwaga! Formularz należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami

DANE OSOBOWE KANDYDATA			
Imię (imiona)		Nazwisko	
Imię ojca		Data urodzenia	
PESEL		Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo		Płeć	Kobieta Mężczyzna
ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica		Numer domu	
Miejscowość		Numer lokalu	
Gmina		Kod pocztowy	
Województwo		Powiat	
Telefon komórkowy		Obszar wiejski	Tak Nie
Telefon stacjonarny		Adres e-mail	
ADRES DO KORESPONDENCJI (jeżeli jest inny niż zamieszkania)			
Ulica		Numer domu	
Miejscowość		Numer lokalu	
Gmina		Kod pocztowy	
Województwo		Powiat	



WYKSZTAŁCENIE

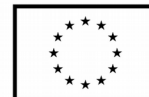
Poziom wykształcenia	wyższe magisterskie wyższe licencjackie średnie -pomaturalne/policealne średnie - liceum med. inne	Uzyskany tytuł zawodowy	<input type="checkbox"/> pielęgniarka/arz <input type="checkbox"/> położna/położny
Nazwa ukończonej szkoły medycznej		Adres ukończonej szkoły	
Rok uzyskania dyplomu		Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	
Nazwa organu wydającego zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu		Rok wydania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	

ZATRUDNIENIE

Nazwa i adres miejsca zatrudnienia (pełna nazwa)			
Zajmowane stanowisko		Oddział	
Staż pracy w latach		Pracownik POZ lub współpraca z POZ	Tak Nie

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (dane wykorzystywane wyłącznie do sprawozdawczości z realizacji projektu)

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie



Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	
Brak doświadczenia zawodowego	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
STATUS NA RYNKU PRACY		
Osoba bezrobotna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba bierna zawodowo, w tym:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba ucząca się	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba nie uczestnicząca w kształceniu	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba nie uczestnicząca w szkoleniu	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

DO FORMULARZA NALEŻY DOŁĄCZYĆ*	Wniosek o zakwalifikowanie do kursu kwalifikacyjnego (jeśli dotyczy).
	Wniosek o zakwalifikowanie do kursu specjalistycznego (jeśli dotyczy).
	Oświadczenie Uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.
	Aktualne zaświadczenie o zatrudnieniu lub świadczeniu usług na rzecz podmiotu leczniczego (w tym POZ – jeśli dotyczy).
	W przypadku kursu kwalifikacyjnego - kopia świadectwa pracy / zaświadczenie potwierdzające co najmniej 6 miesięczny staż pracy w zawodzie pielęgniarki / pielęgniarza (należy złożyć w przypadku, jeżeli z zaświadczenia o zatrudnieniu nie wynika 6 miesięczny staż pracy).
	Kopia prawa wykonywania zawodu.
	W przypadku rekrutacji na kurs specjalistyczny: - Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych cz.1 - kopia dyplomu magistra pielęgniarstwa/położnictwa lub kopia dyplomu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, - Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych cz.2 – kopia dyplomu co najmniej licencjata na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo lub kopia dyplomu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.
Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w kursie.	



	Zaświadczenie o przebytych szczepieniach WZW B.		
	Dokument potwierdzający aktualne ubezpieczenie OC/NNW.		
	Deklaracja uczestnictwa w projekcie.		
Proszę zaznaczyć wybrany kurs ** oraz wskazać województwo *** odbywania kursu	Nazwa kursu specjalistycznego:	Wybrany kurs (wstaw X)	wpisz województwo
	„Ordynowanie leków i wypisywanie recept” dla pielęgniarek/rzy i położnych - część I		
	„Ordynowanie leków i wypisywanie recept” dla pielęgniarek/rzy i położnych - część II		
	„Wywiad i badania fizykalne”		
	„Opieka pielęgniarska nad chorym dorosłym w leczeniu systemowym nowotworów”		
	Nazwa kursu kwalifikacyjnego (dla pielęgniarek/arzy)	Wybrany kurs (wstaw X)	wpisz województwo
	„Pielęgniarstwo onkologiczne”		

staw *

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem projektu „Podniesienie kwalifikacji zawodowych i kompetencji miękkich 750 pielęgniarek/ pielęgniarzy i położnych zgodnie z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi kraju” i akceptuję jego zapisy oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować organizatora kursu w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Kandydata

*- Kopie dokumentów muszą być potwierdzone za zgodność. Zakwalifikowany Uczestnik może być poproszony o okazanie oryginałów składanych wraz z Formularzem zgłoszeniowym dokumentów.

** - **Uwaga! Zgodnie z Regulaminem projektu każda osoba może wziąć udział w jednym kursie** z wyjątkiem Kursów „Ordynowanie leków i wypisywanie recept” oraz „Wywiad i badanie fizykalne”.

***- mazowieckie, opolskie, podkarpackie, podlaskie, łódzkie