



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	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica		Numer domu	
Miejscowość		Numer lokalu	
Gmina		Kod pocztowy	
Województwo		Powiat	
Telefon komórkowy		Obszar wiejski	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> wyższe magisterskie <input type="checkbox"/> wyższe licencyjne <input type="checkbox"/> średnie - paturalne/policealne <input type="checkbox"/> średnie - liceum med. <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> 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 (innej 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”		

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