



Zakład Doskonalenia Zawodowego w Poznaniu	Formularz zgłoszeniowy
Nazwa organizatora kształcenia podyplomowego	UWAGA! Kartę należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami, a pola wyboru zaznaczyć „X”

WNIOSEK O ZAKWALIFIKOWANIE DO KURSU SPECJALISTYCZNEGO:

NAZWA KURSU:	
---------------------	--

DANE OSOBOWE:

1. Imię (imiona)		1. Nazwisko	
2. Data urodzenia		3. Miejsce urodzenia	
4. Obywatelstwo		5. PESEL	Wiek

DANE KONTAKTOWE (pole nieobowiązkowe):

Nr telefonu	Adres e-mail
-------------	--------------

6. DANE ADRESOWE:

Kod pocztowy	Poczta
Ulica, nr domu	Miejscowość
Gmina/Powiat	Województwo

ADRES DO KORESPONDENCJI (jeśli jest inny niż dane adresowe):

--

7. TYTUŁ ZAWODOWY (ZAZNACZ „X”:

pielęgniarka/pielęgniarz		położna/położny	
--------------------------	--	-----------------	--

8. ZAŚWIADCZENIE O PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU (pielęgniarki/pielęgniarza, położnej/położnego):

Rok wydania		Wydane przez	
-------------	--	--------------	--

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu:

--	--	--	--	--	--	--	--

10. WYKSZTAŁCENIE (zaznacz „X” posiadane wykształcenie):

średnie zawodowe (ponadgimnazjalne)		policealne	
licencjat pielęgniarstwa		licencjat położnictwa	licencjat w innej dziedzinie
magister pielęgniarstwa		magister położnictwa	magister w innej dziedzinie
stopień naukowy doktora		stopień naukowy doktora habilitowanego	

11. NAZWA I ADRES MIEJSCA PRACY:

(do formularza należy dołączyć aktualne zaświadczenie o zatrudnieniu w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza, położnej/położnego na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, wystawione nie wcześniej niż 1 miesiąc przed dniem postępowania kwalifikacyjnego)

Pełna nazwa zakładu pracy	
Adres zakładu pracy	

12. Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych, właściwej dla miejsca zatrudnienia:

--



WSPÓŁPRACA Z PLACÓWKĄ ŚWIADCZĄCĄ PODSTAWOWĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ (jeśli dotyczy):	TAK	NIE
Współpracuję z placówką świadczącą Podstawową Opiekę Zdrowotną (niezależnie od rodzaju i formy zatrudnienia) – zaznacz „X”		
Jestem świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej		

Nazwa i adres placówki POZ	
----------------------------	--

(do formularza należy dołączyć aktualne zaświadczenie o współpracy z placówką POZ lub oświadczenie w przypadku świadczeń usług podstawowej opieki zdrowotnej jako świadczeniodawca)

STATUS UCZESTNIKA (proszę znakiem „X” zaznaczyć właściwe, pola szare nie zaznaczamy):	TAK	NIE	Odmowa udzielenia odpowiedzi
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu (odpowieź tylko TAK lub NIE)			
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań (odpowieź tylko TAK lub NIE)			
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu		X	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (podkreśl właściwe) (odpowieź TAK lub NIE lub odmowa odpowiedzi)			
Osoba niepełnosprawna (odpowieź TAK lub NIE lub odmowa odpowiedzi)			
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) (odpowieź TAK lub NIE lub odmowa odpowiedzi)			

STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

(proszę znakiem „X” zaznaczyć właściwe):

1	OSOBA PRACUJĄCA w tym:	X
1a	w administracji rządowej	
1b	w administracji samorządowej	
1c	w MMŚP	
1d	w organizacji pozarządowej	
1e	osoba prowadząca działalność na własny rachunek	
1f	osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	
1g	inne	

Do formularza należy dołączyć następujące załączniki:

- kopię prawa wykonywania zawodu pielęgniarstwa / pielęgniarki, położnej / położnego na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej,
- aktualne zaświadczenie o zatrudnieniu w zawodzie pielęgniarki/pielęgniara, położnej/położnego na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, wystawione nie wcześniej niż 1 miesiąc przed dniem postępowania kwalifikacyjnego,
- aktualne zaświadczenie o współpracy z placówką POZ lub oświadczenie w przypadku świadczeń usług podstawowej opieki zdrowotnej jako świadczeniodawca – jeśli dotyczy.



OŚWIADCZENIE- DELKARACJA UCZETNICTWA W PROJEKCIE

- I. Zgłaszam z własnej inicjatywy chęć uczestnictwa w projekcie: „Doskonalenie Kadr Medycznych. Kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne dla pielęgniarek i położnych” - Nr: POWR.05.04.00-00-0050/15.
- II. Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z Regulaminem udziału w Projekcie „ Doskonalenie Kadr Medycznych. Kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne dla pielęgniarek i położnych” - Nr: POWR.05.04.00-00-0050/15 i akceptuję jego zapisy oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.
- III. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie:
 - 1) Uczestnikami projektu mogą być pielęgniarki i położne, posiadających prawo wykonywania zawodu, z województw: Dolnośląskie, Kujawsko-pomorskie, Lubuskie, Łódzkie, Opolskie, Śląskie, Wielkopolskie, Zachodniopomorskie, które z własnej inicjatywy wyrażają chęć udziału w projekcie oraz spełniają kryteria: w przypadku kursu kwalifikacyjnego zgodnie z Art. 71, ust. 2., w przypadku kursu specjalistycznego: zgodnie Art. 72, ust. 2. Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., nr 174 poz. 1039).
- IV. Oświadczam, że zostałem(łam) poinformowany(na), iż Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- V. Jestem świadomy(a), że opuszczenie więcej niż 20% godzin przewidzianych na realizację wybranego przeze mnie szkolenia/kursu obliguje mnie do zwrotu całego kosztu szkolenia/kursu przypadającego na jednego uczestnika.
- VI. Puczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym – Umowie są zgodne z prawdą.
- VII. W przypadku wszelkich sytuacji losowych grożących rezygnacją zobowiązuję się do natychmiastowego przekazania tej informacji do Biura Projektu.

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

<p>..... Miejscowość, data</p>	<p>..... Podpis osoby zgłaszającej uczestnictwo w projekcie</p>
------------------------------------	---

Potwierdzam dane zawarte w formularzu na pierwszy dzień kursu (dzień rozpoczęcia udziału w projekcie),
tj: 2016 r.

.....
Podpis osoby zgłaszającej uczestnictwo w projekcie



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Doskonalenie Kadr Medycznych. Kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne dla pielęgniarek i położnych”- Nr: POWR.05.04.00-00-0050/15 oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Minister Rozwoju pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy Plac Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r., poz. 2135) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do zbioru Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470),
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. poz. 1146, z późn. zm.);
 - 2) w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
 - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Doskonalenie Kadr Medycznych. Kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne dla pielęgniarek i położnych”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Skarb Państwa - Minister Zdrowia, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15, beneficjentowi realizującemu projekt - Zakład Doskonalenia Zawodowego w Poznaniu, 60-179 Poznań, ul. Jeleniogórska 4-6, Wojewódzki Zakład Doskonalenia Zawodowego w Gorzowie Wielkopolskim, 66-400 Gorzów Wielkopolski, ul. gen. Władysława Sikorskiego 95, Zakład Doskonalenia Zawodowego Katowicach, 40-952 Katowice, ul. Krasińskiego 2 oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - _____ (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.
5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
7. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU