Załącznik nr 1

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**w ramach projektu „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji pielęgniarek i położnych poprzez kształcenie podyplomowe organizowane przez WUM”.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATA** | | | |
| Imię (imiona) i nazwisko |  | | |
| Imię ojca |  | Nazwisko rodowe |  |
| Data urodzenia |  | Miejsce urodzenia |  |
| Obywatelstwo |  | Płeć | Kobieta  Mężczyzna |
| PESEL |  | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | | | |
| Ulica |  | | |
| Numer domu |  | Numer lokalu |  |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| Gmina |  | Powiat |  |
| Województwo |  | | |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI[[1]](#footnote-1)** | | | |
| Ulica |  | | |
| Numer domu |  | Numer lokalu |  |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| Gmina |  | Powiat |  |
| Województwo |  | | |
| **Telefon stacjonarny** |  | **Telefon komórkowy** |  |
| **Adres e-mail** |  | | |
| **WYKSZTAŁCENIE** | | | |
| Wykształcenie | Wyższe magisterskie  Wyższe licencjackie  Pomaturalne  Ponadgimnazjalne | Uzyskany tytuł zawodowy w przypadku ukończenia szkoły wyższej |  |
| Nazwa ukończonej szkoły |  | Adres ukończonej szkoły |  |
| Tytuł zawodowy | pielęgniarka/pielęgniarz  położna/położny | Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu |  |
| Nazwa Organu wydającego zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu |  | Rok wydania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu |  |
| **ZATRUDNIENIE** | | | |
| Nazwa i adres miejsca zatrudnienia (pełna nazwa) |  | | |
| Zajmowane stanowisko |  | Oddział/Jednostka |  |
| Staż pracy w latach |  | Pracownik POZ lub współpraca z POZ | Tak  Nie |
| **STATUT NA RYNKU PRACY** | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Osoba bezrobotna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy | | | | * TAK | * NIE |
| Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy | | | | * TAK | * NIE |
| Osoba długotrwale bezrobotna | | | | * TAK | * NIE |
| Osoba pracująca | | | | * TAK | * NIE |
| Osoba bierna zawodowo, w tym: | | | | * TAK | * NIE |
| Osoba ucząca się | | | | * TAK | * NIE |
| Osoba nie uczestnicząca w kształceniu | | | | * TAK | * NIE |
| Osoba nie uczestnicząca w szkoleniu | | | | * TAK | * NIE |
| **INNE DANE** | | | | | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | * TAK | * NIE | * 🗌 ODMOWA PODANIA IFORMACJI | | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | * TAK | | * NIE | | |
| Osoba z niepełnosprawnościami | * TAK | * NIE | * ODMOWA PODANIA INFORMACJI | | |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących,. w tym: | * TAK | | * NIE | | |
| - w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | * TAK | | * NIE | | |
| Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby | * TAK | | * NIE | | |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | * TAK | * NIE | * ODMOWA PODANIA INFORMACJI | | |
| Brak doświadczenia zawodowego | * TAK | | * NIE | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:** | oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych | | |
| kopia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/rza lub położnej/nego na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, kopia wpisu o zmianie nazwiska) | | |
| zaświadczenie o zatrudnieniu lub świadectwo pracy jeżeli z zaświadczenia o zatrudnienia nie wynika 6 miesięczny staż pracy u obecnego pracodawcy (dla kursów kwalifikacyjnych) | | |
| kserokopia dyplomu ukończenia studiów I lub II stopnia (dotyczy rekrutacji na kurs specjalistyczny Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych cz. 1 i cz. 2) lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa | | |
| kserokopia zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego Wywiad i badanie fizykalne (dotyczy rekrutacji na kurs specjalistyczny Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych cz. 1 i cz. 2. | | |
| Proszę zaznaczyć wybrany kurs oraz wskazać wybraną miejscowość odbywania kursu | *nazwa kursu* | *Wstaw X* | *Wpisz województwo* |
| „Ordynowanie leków i wypisywanie recept” dla pielęgniarek i położnych – kurs specjalistyczny, część I |  |  |
| „Ordynowanie leków i wypisywanie recept” dla pielęgniarek i położnych – kurs specjalistyczny, część II |  |  |
| „Wywiad i badania fizykalne” dla pielęgniarek i położnych – kurs specjalistyczny |  |  |
| „Wykonanie i interpretacja zapisu EKG” - kurs specjalistyczny |  |  |
| „Rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi” – kurs specjalistyczny |  |  |
| „Wykonywanie badania spirometrycznego” dla pielęgniarek – kurs specjalistyczny |  |  |
| Opieka pielęgniarska nad chorym dorosłym w leczeniu systemowym nowotworów” – kurs specjalistyczny” |  |  |
| „Pielęgniarstwo psychiatryczne” dla pielęgniarek – kurs kwalifikacyjny |  |  |
| „Pielęgniarstwo geriatryczne” dla pielęgniarek – kurs kwalifikacyjny |  |  |
| „Pielęgniarstwo onkologiczne” – kurs kwalifikacyjny |  |  |
| **OŚWIADCZENIA** | | | |
| **Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem organizacyjnym kursów dla projektu „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji pielęgniarek i położnych poprzez kształcenie podyplomowe organizowane przez WUM” nr POWR.05.04.00-00-0028/15 akceptuję jego zapisy oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.**  **Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikacyjności uprawniające do udziału w projekcie.** | | | |
| **Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Warszawski Uniwersytet Medyczny w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.**  ………………………………….. …………………………………………  Miejscowość i data Podpis wnioskodawcy | | | |

1. Należy wypełnić w przypadku, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania [↑](#footnote-ref-1)