

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Data wpływu do Organizatora:		Przyznane punkty	
Zakwalifikowana/y do kursu: (kod kursu)			
Projekt: „Wsparcie kształcenia poddyplomowego pielęgniarek i położnych” Numer projektu: POWR.07.01.00-00-0004/22			
FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI PO ZAREJESTROWANIU W SMK			
1. Dane podstawowe			
Imię (imiona)			
Nazwisko			
Data i miejsce urodzenia			
PESEL			
Płeć	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna		
Tel. kontaktowy			
E-mail			
Poziom wykształcenia	☐ niższe niż podstawowe ☐ podstawowe ☐ gimnazjalne ☐ ponadgimnazjalne		
	☐ policealne ☐ wyższe I stopnia (licencjackie, inżynierskie) ☐ wyższe II stopnia (magisterskie) ☐ wyższe III stopnia (doktoranckie)		
DANE ADRESOWE			
Ulica			
Nr budynku		Nr lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość	
Gmina		Powiat	
Województwo			
2. Zakres wsparcia projektowego			
2.1 Nazwa i edycja wybranego kursu			
2.2 Rejestracja na kurs w systemie SMK	☐ TAK ☐ NIE		

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

2.3 Rejestracja w okręgowym rejestrze pielęgniarek /okręgowym rejestrze położnych oraz nazwa Izby	☐ TAK ☐ NIE OIPI w										
2.4 Numer prawa wykonywania zawodu	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
2.5 Staż pracy w zawodzie pielęgniarki/położnej (liczba lat lub miesięcy)											

3. Status kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć odpowiednio x):

3.1 Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	☐ Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: ☐ Osoba długotrwale bezrobotna (nieprzerwanie przez min. 12 m-y) ☐ inne ☐ Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: ☐ Osoba długotrwale bezrobotna (nieprzerwanie przez min. 12 m-cy) ☐ inne ☐ Osoba bierna zawodowo, w tym: ☐ osoba ucząca się ☐ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu ☐ inne ☐ Osoba pracująca, w tym: ☐ osoba pracująca w administracji rządowej ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej ☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej ☐ osoba pracująca w MMŚP (mikro-, małym-, średnim-przedsiębiorstwie) ☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek ☐ inne (jakie?)
---	--

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

3.2 Wykonywany zawód	☐ instruktor praktycznej nauki zawodu ☐ nauczyciel kształcenia ogólnego ☐ nauczyciel wychowania przedszkolnego ☐ nauczyciel kształcenia zawodowego ☐ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia ☐ kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej ☐ pracownik instytucji rynku pracy ☐ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego ☐ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej ☐ pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej ☐ pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej ☐ rolnik ☐ inny (jaki?)
3.3 Nazwa zakładu pracy	 <i>* w przypadku osób prowadzących działalność na własny rachunek należy podać nazwę prowadzonej działalności</i>
3.4 Uczestnik/uczestniczka jest przedsiębiorcą w rozumieniu Ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz.U.2021.0.162).	☐ TAK ☐ NIE WAŻNE: w przypadku odpowiedzi twierdzącej należy dołączyć załącznik Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis
3.5 Aktualne zatrudnienie na oddziale covidowym/zakaźnym	☐ TAK¹ ☐ NIE

¹ Jeżeli TAK należy dołączyć aktualne zaświadczenie

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

4. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć odpowiednio x):	
4.1 Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji
4.2 Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji
4.3 Osoba z niepełnosprawnościami	☐ TAK ² ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji
<i>Jeżeli zaznaczono TAK proszę wpisać niezbędne potrzeby w tym zakresie np. ułatwienia architektoniczne, dostosowane stanowisko pracy itp.</i>	
4.4 Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem(a)m się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych” oraz akceptuję jego warunki.
2. Zostałem(a)m poinformowany/a, że projekt pn. „Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych” realizowany przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, jest finansowany w ramach Działania 7.1 Oś priorytetowa VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego;
3. Zapoznałem(am) się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w związku z rekrutacją i udziałem w projekcie „Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych” ni nie zgłaszam sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
4. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, potwierdzam prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika

² Jeżeli TAK należy dołączyć aktualne zaświadczenie