



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Data i godzina wpływu formularza do Organizatora: Dodatkowe punkty:
Podpis pracownika ds. rekrutacji Organizatora:

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Projekt „Medycyna przyszłości – podwyższenie kwalifikacji pielęgniarek i położnych z Małopolski”

Prosimy o wypełnienie formularza drukowanymi literami i zaznaczenie krzyżykiem (x) odpowiednich pól.

WYBIERAM KURS:
(można wybrać tylko jeden kurs)

LECZENIE RAN EKG KTG RKO proszę podać preferowaną edycję kursu

Kurs / Edycja	Edycja I	Edycja II	Edycja III	Edycja IV	Edycja V
Leczenie ran	V-VII. 2011	IX-XI. 2011	II-IV. 2011	x	x
EKG	V-VI. 2011	IX-X. 2011	XI-XII. 2011	II-III. 2012	VI-VII. 2012
KTG	VI- VII. 2011	I-II. 2012	x	x	x
RKO	VI-VII. 2011	VIII-IX. 2011	XI-XII. 2011	II-III. 2012	VI-VII. 2012

PODSTAWOWE DANE KANDYDATA

Imię		Data urodzenia		Numer telefonu	
Nazwisko		Miejsce urodzenia		Adres e-mail	
PESEL		Numer Prawa Wykonywania Zawodu			

ADRES ZAMELDOWANIA

Ulica		Nr domu/lokalu		Powiat	
Kod pocztowy		Miejscowość		Województwo	
Obszar miejski/wiejski			<input type="checkbox"/> Miasto <input type="checkbox"/> Wieś		

ZATRUDNIENIE

Zakład pracy					
Adres zakładu pracy					
NIP zakładu pracy		Zajmowane stanowisko		Staż pracy zawodowej	

WYKSZTAŁCENIE

Podstawowe	<input type="checkbox"/>	Gimnazjalne	<input type="checkbox"/>	Średnie	<input type="checkbox"/>	Pomaturalne	<input type="checkbox"/>	Wyższe	<input type="checkbox"/>	Inne (jakie?).....	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------	--------------------------	-------------	--------------------------	--------	--------------------------	--------------------	--------------------------

Medycyna przyszłości – podwyższenie kwalifikacji pielęgniarek i położnych z Małopolski

Nr Projektu POKL.08.01.01-12-278/10

Priorytet VIII Działanie 8.1 Regionalne kadry gospodarki

Poddziałanie 8.1.1 Wspieranie rozwoju kwalifikacji zawodowych i doradztwo dla przedsiębiorstw





Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Oświadczam, że:	<p>- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych gromadzonych na potrzeby monitoringu, kontroli i ewaluacji Projektu Medycyna przyszłości – podwyższenie kwalifikacji pielęgniarek i położnych z Małopolski zgodnie z ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych, Dz. U. Nr 101, poz. 926 ze zm.</p> <p>- Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji do projektu Medycyna przyszłości – podwyższenie kwalifikacji pielęgniarek i położnych z Małopolski</p> <p>- Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest finansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.</p> <p>- Informacje zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.</p> <p>- Zobowiązuję się do uczestnictwa w szkoleniu w wymiarze co najmniej 80 liczby godzin wybranego szkolenia.</p> <p>- W przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie i po podpisaniu umowy uczestnictwa zobowiązuje się do:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uiszczenia opłaty stanowiącej 10% wartości kursu, • Aktywnego uczestnictwa na zajęciach, • Podpisywania list obecności i innych związanych z realizacją Projektu, • Wypełniania dokumentów związanych z Projektem (np. ankiety) • Udzielenia po zakończeniu kursu odpowiedzi na pytania krótkiej ankiety badającej efekty szkolenia. <p>- W związku z przystąpieniem do Projektu Medycyna przyszłości – podwyższenie kwalifikacji pielęgniarek i położnych z Małopolski realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.</p> <p>Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) administratorem tak zebranych danych osobowych jest Ministerstwo Rozwoju Regionalnego pełniące funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie, Plac Na Stawach 1, Kraków; 2) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji Projektu Medycyna przyszłości – podwyższenie kwalifikacji pielęgniarek i położnych z Małopolski, ewaluacji, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki; 3) moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu Medycyna przyszłości – podwyższenie kwalifikacji pielęgniarek i położnych z Małopolski, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki; 4) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu; 5) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania. <p style="text-align: right;">..... Czytelny podpis kandydata</p>
-----------------	---

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis kandydata

Prawidłowo wypełniony formularz wraz ze **wszystkimi** załącznikami proszę dostarczyć osobiście lub drogą pocztową na adres Biura Projektu:

INSPIRATIONS MEDIA Biuro Projektu
al. 3 Maja 5
30-063 Kraków
pokój 159
tel.12 357 68 31
e-mail: biuro@pielegniarki.net.pl
www.pielegniarki.net.pl

lub:

**MAŁOPOLSKA OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**
ul. Szlak 61
31-153 Kraków
tel./fax 12 422 88 54
e-mail: biuro@moipip.org.pl
www.moipip.org.pl

Medycyna przyszłości – podwyższenie kwalifikacji pielęgniarek i położnych z Małopolski

Nr Projektu POKL.08.01.01-12-278/10

Priorytet VIII Działanie 8.1 Regionalne kadry gospodarki

Poddziałanie 8.1.1 Wspieranie rozwoju kwalifikacji zawodowych i doradztwo dla przedsiębiorstw





OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA OSTATECZNEGO

Ja, niżej podpisany/a

(Imię i nazwisko składającego oświadczenie)

PESEL:

zamieszkały/a:

Telefon kontaktowy:

wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie organizowanym przez firmę Inspirations Media p.n. „Medycyna przyszłości – podwyższenie kwalifikacji pielęgniarek i położnych z Małopolski” realizowanym w ramach Poddziałania 8.1.1 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki oraz spełniam wymogi kwalifikacyjne związane z udziałem w projekcie, ponieważ:

1) jestem pracującą osobą dorosłą, wykonującą pracę poza miastem Kraków na podstawie*:

- umowy o pracę
- powołania
- wyboru
- mianowania
- spółdzielczej umowy o pracę
- umowy zlecenia
- umowy o dzieło

2) spełniam **wszystkie** kryteria określone we wniosku o dofinansowanie:

Ukończone 45 lat w chwili przystąpienia do Projektu,
Zatrudnienie na stanowisku pielęgniarki/pielęgniara lub położnego/położnej,
Zatrudnienie poza miastem Kraków,
Zamieszkanie lub zatrudnienie w woj. małopolskim,
Posiadanie minimum trzymiesięcznego stażu pracy,
Nieprowadzenie działalności gospodarczej.

.....
podpis przyjmującego oświadczenie

.....
czytelny podpis beneficjenta ostatecznego

miejsowość, data

* należy zaznaczyć właściwą kategorię





.....
pieczęć zakładu pracy,
NIP zakładu pracy

.....
miejsowość, data

Zaświadczenie o zatrudnieniu (wypełnia zakład pracy)

Zaświadcza się, że Pan/i
PESEL
zamieszkały/a
jest zatrudniony/a w
na stanowisku

na podstawie (zaznaczyć właściwe krzyżykiem x):

- umowy o pracę na czas nieokreślony - od
- umowy o pracę na czas określony - od do
- umowy zlecenia
- umowy o dzieło
- powołania
- wyboru
- mianowania
- spółdzielczej umowy o pracę

Status pracodawcy (zaznaczyć właściwe krzyżykiem x):

- mikroprzedsiębiorstwo (od 2 do 9 pracowników)
- małe przedsiębiorstwo (od 10 do 49 pracowników)
- średnie przedsiębiorstwo (od 50 do 249 pracowników)
- duże przedsiębiorstwo (powyżej 249 pracowników)
- administracja publiczna
- organizacja pozarządowa
- inne, jakie?

Działalność gospodarcza (zaznaczyć właściwe krzyżykiem x):

- zakład pracy prowadzi działalność gospodarczą
- zakład pracy nie prowadzi działalności gospodarczej.

.....
pieczęć i podpis osoby upoważnionej

