



Indywidualny numer zgłoszeniowy (wypełnia personel projektu)	
Data wpływu formularza zgłoszeniowego (wypełnia personel projektu)	
Miejsce złożenia formularza (wypełnia personel projektu)	<input type="checkbox"/> Business Center 1 Sp. z o.o. (Lider) <input type="checkbox"/> Regionalna Izba Przemysłowo-Handlowa w Częstochowie (Partner)
Oświadczam, że poniższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości.	<p>.....</p> <p style="text-align: right;">(data i podpis)</p>

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
do projektu „Postaw na kwalifikacje!”
nr RPSL.11.03.00-24-06F6/19

UWAGA! Przed rozpoczęciem wypełniania Formularza zgłoszeniowego należy zapoznać się z Regulaminem udziału w projekcie „Postaw na kwalifikacje!”.
Formularz zgłoszeniowy do projektu należy wypełnić w sposób czytelny ręcznie lub komputerowo.

DANE OSOBOWE	
IMIĘ (IMIONA)	
NAZWISKO	
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA
PESEL	
WIEK (na dzień złożenia wniosku)	
OBYWATELSTWO	
WYKSZTAŁCENIE (należy zaznaczyć <u>jeden</u> , najwyższy osiągnięty poziom wykształcenia)	
Dotyczy osób, które nie posiadają formalnego wykształcenia	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0)
Dotyczy osób, które ukończyły co najwyżej szkołę podstawową	<input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1)
Dotyczy osób, które ukończyły co najwyżej gimnazjum	<input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2)
Dotyczy osób, które ukończyły liceum ogólnokształcące lub liceum profilowane, lub technikum, lub uzupełniające liceum ogólnokształcące, lub technikum uzupełniające, lub zasadniczą szkołę zawodową	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3)
Dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną	<input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4)



<i>Dotyczy osób, które ukończyły szkołę wyższą i uzyskały tytuł minimum licencjata lub inżyniera, lub magistra, lub doktora</i>		<input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)
DANE KONTAKTOWE <i>(należy podać obowiązkowo)</i>		
TELEFON		
E-MAIL		
MIEJSCE ZAMIESZKANIA <i>(w rozumieniu art. 25 Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu)</i>		
WOJEWÓDZTWO		
POWIAT		
GMINA		
KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ		
ULICA, NR BUDYNKU / NR LOKALU		
ADRES KORESPONDENCYJNY <i>(jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)</i>		
KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ		
ULICA, NR BUDYNKU / NR LOKALU		
MIEJSCE PRACY		
PODSTAWA ZATRUDNIENIA	<input type="checkbox"/> umowa o pracę <input type="checkbox"/> umowa zlecenie <input type="checkbox"/> umowa o dzieło <input type="checkbox"/> inna:	
SEKTOR ZATRUDNIENIA	<input type="checkbox"/> administracja rządowa <input type="checkbox"/> administracja samorządowa <input type="checkbox"/> duże przedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> MMŚP <input type="checkbox"/> organizacja pozarządowa <input type="checkbox"/> działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inna:	
OKRES ZATRUDNIENIA <i>(od ... do ...)</i>		
WYKONYWANY ZAWÓD		
NAZWA I ADRES PRACODAWCY		
MIEJSCE ZATRUDNIENIA <i>(jeżeli jest inne niż adres pracodawcy)</i>		



KRYTERIA PREMIUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE:			
Oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą miasta średnie/ tracące funkcje społeczno-gospodarcze <i>+10 pkt na etapie oceny</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Dane dodatkowe (zaznaczyć odpowiednio x):			
1. Osoba z niepełnosprawnościami <i>(osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego)</i>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
2. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <i>(cudzoziemiec na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele niebędący do mniejszości; osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy – każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.)</i>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
3. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
4. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
WYBRANE FORMY WSPARCIA:			
Szkolenia prowadzące do nabycia kwalifikacji zawodowych dla fizjoterapeutów	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
<i>Należy wskazać <u>dwa</u> szkolenia</i>	<input type="checkbox"/> Zintegrowane Metody Fizjoterapii neuro-ortopedycznych dysfunkcji narządu ruchu <input type="checkbox"/> Fizjoterapia w urazach sportowych <input type="checkbox"/> Terapia integracji sensorycznej wg Ayres (SIAT) <input type="checkbox"/> FDM (Fascial Distortion Model) <input type="checkbox"/> Kurs terapii manualnej w koncepcji osteopatycznej – diagnostyka różnicowa i leczenie <input type="checkbox"/> Masaż tkanek głębokich <input type="checkbox"/> Funkcjonalna Terapia Kognitywna (CFT) pacjentów z chronicznym bólem kompleksu lędźwiowo-miedniczego <input type="checkbox"/> Osteopatycznej podejście do stresu		



Szkolenia prowadzące do nabycia kompetencji zawodowych dla pielęgniarek	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p><i>Należy wskazać <u>dwa</u> szkolenia</i></p>	<input type="checkbox"/> Prawo medyczne dla pielęgniarek <input type="checkbox"/> Organizacja pracy pielęgniarki – specjaliści do spraw epidemiologii <input type="checkbox"/> Opieka długoterminowa nad pacjentem przewlekle chorym i niepełnosprawnym <input type="checkbox"/> Charakterystyka epidemiologiczna schorzeń wieku podeszłego <input type="checkbox"/> Aspekty demograficzno-społeczne procesu starzenia się jednostki i społeczeństwa <input type="checkbox"/> Niefarmakologiczne metody leczenia bólu przewlekłego w geriatricy <input type="checkbox"/> Kompleksowa opieka pielęgniarska nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego <input type="checkbox"/> Psychogeriatryczne uwarunkowania funkcjonowania osób w wieku podeszłym
Szkolenia prowadzące do nabycia kompetencji pracowników działów kadr i księgowości zatrudnianych w szpitalach lub placówkach około medycznych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p><i>Należy wskazać <u>dwa</u> szkolenia</i></p>	<input type="checkbox"/> Podstawy rachunkowości, kadry i płace <input type="checkbox"/> Zarządzanie odpadami medycznymi <input type="checkbox"/> Komunikacja personelu medycznego i administracyjnego wewnątrz przychodni i szpitala <input type="checkbox"/> Public relations szpitala i przychodni, gabinetu lekarskiego
Szkolenia prowadzące do nabycia kompetencji „miękkich”	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p><i>Należy wskazać <u>dwa</u> szkolenia</i></p>	<input type="checkbox"/> Profesjonalna komunikacja z Pacjentami <input type="checkbox"/> Przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu i spadkowi motywacji <input type="checkbox"/> Empatia w relacjach z pacjentem i współpracownikami <input type="checkbox"/> Zarządzanie czasem i podniesienie efektywności własnej

OŚWIADCZENIA
<p>Oświadczam, że:</p> <p>1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów rekrutacji.</p> <p>Przesłanką umożliwiającą legalne przetwarzanie moich danych osobowych jest art. 6 ust. 1 pkt c) oraz art. 9 ust. 2 pkt g) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, RODO).</p>



2. **Zapoznałem/-am się** z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie „*Postaw na kwalifikacje!*” nr RPSL.11.03.00-24-06F6/19 i bez zastrzeżeń **akceptuję** jego treść.
3. **Spełniam** kryteria uczestnictwa w Projekcie określone w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie, *w szczególności*:
 - **jestem** osobą pracującą w branży medycznej;
 - **jestem** osobą dorosłą (w wieku 18+);
 - **jestem** osobą zamieszkującą obszar województwa śląskiego tj. zamieszkuję (zgodnie z Kodeksem Cywilnym) w województwie śląskim;
 - **jestem** osobą z własnej inicjatywy wyrażającą chęć podniesienia kwalifikacji lub kompetencji i uczestnictwa we wsparciu (tj. kursach/szkoleniach) oferowanym w Projekcie;
 - **nie jestem** pracownikiem zakładu pracy powiązanego osobowo, organizacyjnie lub kapitałowo z Organizatorem;
 - **nie odbywam** kary pozbawienia wolności (z wyjątkiem osób objętych dozorem elektronicznym);
 - **nie jestem** właścicielem przedsiębiorstwa pełniącym funkcje kierownicze, współnikiem (w tym partnerem prowadzącym regularną działalność w przedsiębiorstwie i czerpiącym z niego korzyści finansowe);
 - **nie prowadzę** jednoosobowej działalności gospodarczej.
4. **Wyrażam wolę** dobrowolnego uczestnictwa w projekcie. **Zgłaszam z własnej inicjatywy** potrzebę podniesienia kompetencji i udziału we wsparciu (tj. kursach/szkoleniach) w ramach projektu.
5. W przypadku zakwalifikowania do udziału w szkoleniach **deklaruję uczestnictwo w co najmniej 80 % godzin zajęć szkoleniowych** oraz **przystąpienie do egzaminu końcowego** we wskazanym przez Organizatora terminie pod rygorem skreślenia z listy Uczestników i poniesienia kosztów udziału w Projekcie.
6. **Zostałem/am poinformowany/a**, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
7. W przypadku zakwalifikowania do Projektu **wyrażam zgodę** na udział w badaniach ankietowych / testach sprawdzających poziom wiedzy, egzaminach wewnętrznych lub zewnętrznych oraz innych formach monitoringu realizowanych na potrzeby projektu „*Postaw na kwalifikacje!*” nr RPSL.11.03.00-24-06F6/19.
8. Dane zawarte w niniejszym formularzu i w załączonych do niego dokumentach **są zgodne** ze stanem faktycznym i prawnym, **potwierdzam** prawdziwość przekazanych danych własnoręcznym podpisem. **Jestem świadomy/a**, iż w razie złożenia przeze mnie oświadczenia niezgodnego z prawdą, skutkującego po stronie Organizatora obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na sfinansowanie mojego udziału w projekcie „*Postaw na kwalifikacje!*” nr RPSL.11.03.00-24-06F6/19, będę zobowiązany do zwrotu w odpowiednim zakresie kosztów związanych z moim udziałem w tym projekcie, wraz z odsetkami.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis Kandydata/Kandydatki)



ZAŁĄCZNIKI

- Dokumenty potwierdzające zatrudnienie:**
 - Zaświadczenie o zatrudnieniu** – załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
 - i/lub **ZUS RMUA**
- Deklaracja udziału w projekcie** – załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
- Oświadczenie osoby aplikującej o udział w projekcie** – załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
- Oświadczenie o wysokości dochodów** – załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
- Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (jeżeli dotyczy)