

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

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



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

2.3 Rejestracja w okręgowym rejestrze pielęgniarek /okręgowym rejestrze położnych oraz nazwa Izby	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE OIPiP w .....										
2.4 Numer prawa wykonywania zawodu	<table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></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	<input type="checkbox"/> <b>Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna (nieprzerwanie przez min. 12 m-y)</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> </ul> <input type="checkbox"/> <b>Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna (nieprzerwanie przez min. 12 m-cy)</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> </ul> <input type="checkbox"/> <b>Osoba bierna zawodowo, w tym:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba ucząca się</li> <li><input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> </ul> <input type="checkbox"/> <b>Osoba pracująca, w tym:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP (mikro-, małym-, średnim-przedsiębiorstwie)</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie</li> <li><input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek</li> <li><input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....</li> </ul>
--	--



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

<b>3.2 Wykonywany zawód</b>	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inny (jaki?) .....
<b>3.3 Nazwa zakładu pracy</b>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<b>3.4 Uczestnik/uczestniczka jest przedsiębiorcą w rozumieniu Ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz.U.2021.0.162).</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <b>WAŻNE:</b> w przypadku odpowiedzi twierdzącej należy dołączyć załącznik Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis
<b>3.5 Aktualne zatrudnienie na oddziale covidowym/zakaźnym</b>	<input type="checkbox"/> TAK <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> NIE
<b>4. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć odpowiednio x):</b>	
<b>4.1 Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

<sup>1</sup> Jeżeli TAK należy dołączyć aktualne zaświadczenie

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

<b>4.2 Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
<b>4.3 Osoba z niepełnosprawnościami</b>	<input type="checkbox"/> TAK <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> NIE  <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
<i>Jeżeli zaznaczono TAK proszę wpisać niezbędne potrzeby w tym zakresie np. ułatwienia architektoniczne, dostosowane stanowisko pracy itp.</i>	<p>.....</p>
<b>4.4 Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem(a) się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych” oraz akceptuję jego warunki.
2. Zostałem(a) 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*

<sup>2</sup> Jeżeli TAK należy dołączyć aktualne zaświadczenie