

FORMULARZ REKRUTACYJNY
do projektu „DIAGNOZA: zwiększamy dawkę kwalifikacji!” RPWM.02.03.02-28-0064/17

Projekt „DIAGNOZA: zwiększamy dawkę kwalifikacji!” RPWM.02.03.02-28-0064/17 realizowany przez Stowarzyszenie Edukacyjno-Oświatowe „Erudycja” w Olsztynie. Projekt jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko – Mazurskiego na lata 2014 – 2020 Oś Priorytetowa 2 Kadry dla gospodarki, Działanie 2.3 Rozwój kompetencji i umiejętności osób dorosłych, Poddziałanie 2.3.2 Rozwój kompetencji i umiejętności zawodowych osób dorosłych.

Dane kandydata	
Imię	
Nazwisko	
Adres zamieszkania	
Telefon	
E-mail	

Wykonywany zawód	
Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza/położnej/położnego	

ZGŁASZAM CHĘĆ UDZIAŁU W NASTĘPUJĄCYCH FORMACH KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO	
<input type="checkbox"/> Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie Pielęgniarstwa rodzinnego dla pielęgniarek	<input type="checkbox"/> Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie Pielęgniarstwa opieki długoterminowej dla pielęgniarek
<input type="checkbox"/> Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie Pielęgniarstwa epidemiologicznego dla pielęgniarek i położnych	<input type="checkbox"/> Kurs specjalistyczny Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych
<input type="checkbox"/> Kurs specjalistyczny Resuscytacja krążeniowo-oddechowa dla pielęgniarek i położnych	<input type="checkbox"/> Kurs specjalistyczny Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych
<input type="checkbox"/> Kurs specjalistyczny Szczepienia ochronne dla pielęgniarek	<input type="checkbox"/> Kurs specjalistyczny Leczenie ran dla pielęgniarek
<input type="checkbox"/> Kurs specjalistyczny Terapia bólu przewlekłego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych	



W RAMACH PROJEKTU CHCĘ SKORZYSTAĆ Z NASTĘPUJĄCYCH UDOGODNIENÍ

<input type="checkbox"/> zwrot kosztów dojazdu	<input type="checkbox"/> zwrot kosztów noclegu	<input type="checkbox"/> tłumacz języka migowego
<input type="checkbox"/> asystent osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/> inne	

JA NIŻEJ PODPISANA/Y OŚWIADCZAM, ŻE:

Z własnej inicjatywy chcę podnieść kompetencje i umiejętności zawodowe	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Zamieszkuję lub pracuję na terenie województwa warmińsko-mazurskiego	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Prowadzę działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie, akceptuję jego warunki i spełniam wszystkie wymogi	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Zostałam/em poinformowana/y, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Zostałam/em poinformowana/y o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych, etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Zostałam/em poinformowana/y o obowiązku przekazania danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu bezpośredniego, do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Zostałam/em poinformowana/y o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Beneficjenta Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Zostałam/em poinformowana/y, że złożenie formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Zostałam/em uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie dane są zgodne z prawdą.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach rekrutacji, zgodnie z Ustawą z dn. 10.05.2018 roku o Ochronie Danych Osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2018 r. poz. 1000).	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

.....
(Miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis kandydata)