

Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, finansowane przez Ministra Zdrowia

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i szkoleń

## Formularz rekrutacyjny

(Przed wypełnieniem formularza prosimy o zapoznanie się z treścią klauzuli informacyjnej - RODO)

Ja, niżej podpisana/-y : .....  
(imię i nazwisko kandydatki/kandydata)

składam chęć udziału w Szkoleniu dla personelu mającego kontakt z pacjentem cierpiącym na zaburzenia psychiczne oraz jego rodziną w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 Zadanie 2 Podnoszenie kompetencji kadr medycznych i innych specjalistów uczestniczących w realizacji działań profilaktycznych na rzecz opieki psychiatrycznej i finansowanym przez Ministra Zdrowia na podstawie umowy nr 6/18/85195/NPZ/2021/1748/1226

w terminie: ..... w miejscowości: .....  
(proszę wpisać termin szkolenia) (proszę wpisać wybrane miejsce szkolenia)

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/-em się z *Regulaminem rekrutacji i szkoleń* i zobowiązuję się do jego przestrzegania oraz że spełniam wszystkie kryteria rekrutacji.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(Czytelny podpis kandydatki/ kandydata)

Proszę o wypełnienie drukowanymi literami:

DANE KANDYDATKI/KANDYDATA		
<b>Imię i nazwisko</b>		
<b>Adres zamieszkania</b>		
	<input type="checkbox"/> miejscowość poniżej 100 tyś. mieszkańców (zaznaczyć X jeśli dotyczy)	
<b>Dane kontaktowe</b>	<b>Telefon</b>	
	<b>Adres e-mail</b>	
<b>Miejsce zatrudnienia</b>	<b>Nazwa i adres</b>	
	<b>Zajmowane stanowisko</b>	

Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, finansowane przez Ministra Zdrowia

<b>Przynależność do danej grupy docelowej (proszę zaznaczyć jedną grupę)</b>		
<b>Grupa 1</b>	<b>personel medyczny</b> , w tym: min. lekarze, stomatolodzy, fizjoterapeuci, pielęgniarki, położne, farmaceuci, ratownicy medyczni, sanitariusz	<input type="checkbox"/>
<b>Grupa 2</b>	<b>personel niemedyczny zatrudniony w podmiotach leczniczych</b> , w tym: min. pracownicy rejestracji, pracownicy ochrony, pracownicy sprzątający, pracownicy punktów gastronomicznych w tych podmiotach	<input type="checkbox"/>
<b>Grupa 3</b>	<b>pracownicy nie zatrudnieni w podmiotach leczniczych</b> , tj. pracownicy sądów, osoby zatrudnione w systemie pomocy społecznej, policji	<input type="checkbox"/>
<b>Specjalne potrzeby (zaznaczyć X jeżeli dotyczy):</b>		
tłumacz języka migowego podczas zajęć		<input type="checkbox"/>
asystent osobisty osoby niepełnosprawnej podczas zajęć		<input type="checkbox"/>
zwrot kosztów dojazdu na zajęcia stacjonarne (jeżeli zajęcia realizowane są w miejscowości innej niż miejsce zamieszkania)		<input type="checkbox"/>
nocleg (jeżeli zajęcia realizowane są w miejscowości innej niż miejsce zamieszkania i odległość ta jest powyżej 60 km)		<input type="checkbox"/>
specjalne potrzeby żywieniowe	danie bezglutenowe	<input type="checkbox"/>
	danie bezmięsne	<input type="checkbox"/>

#### Oświadczenia kandydatki/kandydata:

- Oświadczam, że otrzymałam/-em klauzulę informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i udostępnianie ich do celów monitoringu, kontroli oraz ewaluacji realizowanego Zadania przez Ministra Zdrowia.
- Oświadczam, że dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne ze stanem faktycznym.

.....  
(data i podpis kandydatki/kandydata)