

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

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

| Przynależność do danej grupy docelowej (proszę zaznaczyć jedną grupę) | | |
|--|--|--------------------------|
| Grupa 1 | personel medyczny , w tym: min. lekarze, stomatolodzy, fizjoterapeuci, pielęgniarki, położne, farmaceuci, ratownicy medyczni, sanitariusz | <input type="checkbox"/> |
| Grupa 2 | personel niemedyczny zatrudniony w podmiotach leczniczych , w tym: min. pracownicy rejestracji, pracownicy ochrony, pracownicy sprzątający, pracownicy punktów gastronomicznych w tych podmiotach | <input type="checkbox"/> |
| Grupa 3 | pracownicy nie zatrudnieni w podmiotach leczniczych , tj. pracownicy sądów, osoby zatrudnione w systemie pomocy społecznej, policji | <input type="checkbox"/> |
| Specjalne potrzeby (zaznaczyć X jeżeli dotyczy): | | |
| 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)