



Załącznik nr 3

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

dla kandydatów i kandydatek na Instruktorów symulacji Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w ramach Projektu „Rozwój kształcenia specjalizacyjnego lekarzy, w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, z wykorzystaniem technik symulacji endoskopowych

UDA-POWR.04.03.00-00-0291/16-00

Prosimy o wypełnienie poniższych danych:

1. Dane podstawowe

Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres e-mail	
Telefon kontaktowy	
Stanowisko	
Tytuł zawodowy/stopień naukowy/tytuł naukowy	

2. Oświadczenia kandydata/kandydatki na Instruktora symulacji

Oświadczam, że spełniam kryteria formalne dla Instruktorów symulacji (proszę przekreślić niewłaściwą odpowiedź)		
Posiadam co najmniej 2 lata doświadczenia dydaktycznego w prowadzeniu zajęć z praktycznym zastosowaniem symulacji medycznych	TAK	NIE
Oświadczam, że spełniam następujące kryteria dodatkowe dla Instruktorów symulacji (proszę wstawić znak „X” przy prawidłowej odpowiedzi).		
Spełnienie kryteriów dodatkowych umożliwia otrzymanie dodatkowych punktów w procesie rekrutacji do Zespołów roboczych.		
Czynny udział w szkoleniach symulacyjnych jako instruktor 2 pkt. za każde szkolenie, nie więcej niż 6 pkt.	Wykaz szkoleń symulacyjnych, w których dana osoba brała udział jako instruktor 	
Udział w szkoleniach symulacyjnych jako słuchacz 1 pkt. za każde szkolenie, nie więcej niż 3 pkt.	Wykaz szkoleń symulacyjnych, w których dana osoba brała udział jako słuchacz 	

3. Informacje o niepełnosprawności

Proszę o podanie specjalnych potrzeb wynikających z Pana/Pani niepełnosprawności, których zaspokojenie umożliwi udział w projekcie (jeśli dotyczy)	
--	--



Oświadczenia:

Ja niżej podpisany(a), oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z *Regulaminem Rekrutacji Instruktorów/-ek zabiegów endoskopowych i Instruktorów symulacji Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Regulaminem Pracy Instruktorów/-ek zabiegów endoskopowych i Instruktorów Symulacji* i akceptuję ich warunki;
2. wyrażam zgodę na przetwarzanie i ujawnianie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) dla potrzeb realizacji, badań ewaluacyjnych i rozliczenia Projektu;
3. w przypadku wybrania mojej kandydatury - wyrażam zgodę na nieodpłatne przetwarzanie mojego imienia i nazwiska, wizerunku (zdjęć), wywiadów i nagrań z moją osobą w materiałach związanych z realizacją i upowszechnianiem projektu „*Rozwój kształcenia specjalizacyjnego lekarzy, w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, z wykorzystaniem technik symulacji endoskopowych*”. Zgoda ta nie jest ograniczona czasowo i terytorialnie oraz obejmuje wszystkie formy publikacji, także w Internecie;
4. moje łączne zaangażowanie zawodowe w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych CMKP i innych podmiotów, z uwzględnieniem planowanego zaangażowania do Projektu, nie przekracza 276 godzin miesięcznie;
5. nie jestem zatrudniona/ny na podstawie stosunku pracy w instytucji uczestniczącej w realizacji Programu Operacyjnego (PO) - Jako instytucję uczestniczącą w realizacji PO rozumie się IZ PO lub instytucję, do której IZ PO delegowała zadania związane z zarządzaniem PO;
6. w przypadku wybrania mojej kandydatury – zobowiązuję się do współpracy z pozostałymi Kandydatami wybranymi w procesie rekrutacji, a w trakcie realizacji zadań w Projekcie, w tym wypełniania godzinowych protokołów odbioru czynności i składania wymaganych oświadczeń;
7. zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
8. zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Osi priorytetowej IV: Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, Działania 4.3: Współpraca ponadnarodowa;
9. zostałem/-am poinformowany/-a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Zespołów roboczych właściwych dla danej specjalizacji lub techniki endoskopowej, wypracowujących nowe rozwiązanie;
10. jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy;
11. jestem świadomy/-a, że podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości zaangażowania do Projektu;
12. zostałem/-am poinformowany/-a, że mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data:	Czytelny podpis: