



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Data wpływu formularza: ..... Dodatkowe punkty: ..... Podpis pracownika Organizatora.....

## KARTA ZGŁOSZENIA

**Udziału w projekcie „Szkoła dla zdrowia - kursy zawodowe dla pielęgniarek i położnych”**

### Załączniki do Formularza zgłoszeniowego:

Załącznik nr 1. Zaświadczenie o zatrudnieniu  
Załącznik nr 2. Kserokopia Prawa Wykonywania Zawodu

### EDYCJE MAŁOPOLSKIE

- dla osób nie uczestniczących w kursach Wywiad i badanie fizykalne i/lub Ordynowanie leków i wypisywanie recept;  
- możliwość wybrania tylko jednego kursu

Prosimy o otoczenie kółkiem wybranego 1 kursu

Kurs / Edycja	Edycja I	Edycja II	Edycja III	Edycja IV
Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów dla pielęgniarek i położnych	08-09 2016 r.	10-12 2016 r.	03-05 2017 r.	09-11 2017 r.
Pielęgniarstwo geriatryczne dla pielęgniarek	08-12 2016 r.	01-06 2017 r.	07-12 2017 r.	
Wykonywanie badania spirometrycznego dla pielęgniarek	09-11 2016 r.	05 – 07 2017 r.	10 – 12 2017 r.	
Rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi dla pielęgniarek	10-12 2016 r.	09-11 2017 r.		

### PODSTAWOWE DANE KANDYDATA

Prosimy o wypełnienie formularza drukowanymi literami i zaznaczenie krzyżykiem (x) odpowiednich pól.

Nazwisko		Imię		Numer telefonu	
Data urodzenia		Miejsce urodzenia		Adres e-mail	
PESEL		Numer Prawa Wykonywania Zawodu			

### ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica		Nr domu/lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość	
Powiat		Województwo	
Obszar miejski/wiejski	<input type="checkbox"/> Miasto <input type="checkbox"/> Wieś		

### WYKSZTAŁCENIE

<input type="checkbox"/>	Podstawowe
<input type="checkbox"/>	Gimnazjalne
<input type="checkbox"/>	Średnie
<input type="checkbox"/>	Pomaturalne
<input type="checkbox"/>	Wyższe
<input type="checkbox"/>	Inne (jakie?).....

### Szkoła dla zdrowia - kursy zawodowe dla pielęgniarek i położnych

nr Projektu POWR.05.04.00-00-0038/15

Oś priorytetowa V Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój Wsparcie dla obszaru zdrowia  
Działanie 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

### ZATRUDNIENIE

Pracownik POZ	<input type="checkbox"/> TAK (PROSZĘ PODAĆ NAZWĘ I ADRES PLACÓWKI)		
	<input type="checkbox"/> NIE		
Nazwa zakładu pracy			
Adres zakładu pracy		Powiat zatrudnienia	
Status pracodawcy	<input type="checkbox"/> mikroprzedsiębiorstwo (od 2 do 9 pracowników)	NIP zakładu pracy	
	<input type="checkbox"/> małe przedsiębiorstwo (od 10 do 49 pracowników)	Zajmowane stanowisko	
	<input type="checkbox"/> średnie przedsiębiorstwo (od 50 do 249 pracowników)	Staż pracy zawodowej	
	<input type="checkbox"/> duże przedsiębiorstwo (powyżej 249 pracowników)		
	<input type="checkbox"/> administracja publiczna		
	<input type="checkbox"/> organizacja pozarządowa		
	<input type="checkbox"/> inne, jakie?.....		

### STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU

OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania danych	OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
OSOBA PRZEBYWAJĄCA W GOSPODARSTWIE DOMOWYM BEZ OSÓB PRACUJĄCYCH <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA (POSIADAJĄCA STWIERDZONY STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania danych
W TYM: W GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z DZIEĆMI POZOSTAJĄCYMI NA UTRZYMANIU <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	KOBIETA POWRACAJĄCA DO PRACY PO URODZENIU DZIECKA <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
OSOBA ŻYJĄCA W GOSPODARSTWIE SKŁADAJĄCYM SIĘ Z JEDNEJ OSOBY DOROSŁEJ I DZIECI POZOSTAJĄCYCH NA UTRZYMANIU <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (INNE NIŻ WYMIENIONE POWYŻEJ) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania danych

Oświadczam, że:	<p>- Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.</p> <p>- Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji do Projektu „Szkoła dla zdrowia - kursy zawodowe dla pielęgniarek i położnych” oraz akceptuję jego warunki.</p> <p>- Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest finansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.</p> <p>- Informacje zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.</p> <p>- Zobowiązuję się do przekazania informacji dotyczącej mojej sytuacji zawodowej w terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie.</p>
-----------------	---

.....  
**Miejscowość, data**

.....  
**Czytelny podpis kandydata**

**Szkoła dla zdrowia - kursy zawodowe dla pielęgniarek i położnych**

nr Projektu POWR.05.04.00-00-0038/15

Oś priorytetowa V Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój Wsparcie dla obszaru zdrowia  
Działanie 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych