



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

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

KARTA ZGŁOSZENIA – kursy dla pielęgniarek i położnych:

1. Wywiad i badanie fizykalne 2. Ordynowanie leków i wypisywanie recept

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

Zgodnie z art. 15b Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. pielęgniarka/pielęgniarz i położna/położny mogą ordynować leki, w tym wystawiają na nie recepty po uprzednim osobistym badaniu fizykalnym pacjenta. Pielęgniarki/rze i położne/żni nie posiadające/y uprawnień do przeprowadzenia badania fizykalnego pacjenta zobowiązane/i są do uczestnictwa w obu kursach w ramach projektu.

Udział tylko w jednym kursie jest możliwy wyłącznie po okazaniu dokumentu (kserokopia załączona do karty zgłoszenia) potwierdzającego posiadane kwalifikacje.

Załączniki do Formularza zgłoszeniowego:

Zał. 1. Zaświadczenie o zatrudnieniu

Zał. 2. Kserokopia Prawa Wykonywania Zawodu

Zał. 3. Kserokopia dyplomu studiów licencjackich, magisterskich lub zaświadczenie ukończenia kursu specjalizacyjnego

Zał. 4. Kserokopia prawa wykonywania świadczeń z zakresu badania fizykalnego lub ordynowania leków (jeśli dotyczy)

Prosimy o otoczenie kółkiem wybranej edycji każdego kursu

Kurs/edycja	Edycja I	Edycja II	Edycja III	Edycja IV	Edycja V	Edycja VI	Edycja VII	Edycja VIII
Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych	<u>Opole</u> 08-10 2016 r.	<u>Małopolska</u> 08-10 2016 r.	<u>Kielce</u> 10-12 2016 r.	<u>Małopolska</u> 02-04 2017 r.	<u>Łódź</u> 03-05 2017 r.	<u>Wrocław</u> 05-07 2017 r.	<u>Małopolska</u> 09-11 2017 r.	<u>Małopolska</u> 10-12 2017 r.
Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych, cz. I lub II	<u>Opole</u> 08-10 2016 r.	<u>Małopolska</u> 08-10 2016 r.	<u>Kielce</u> 10-12 2016 r.	<u>Łódź</u> 02-04 2017 r.	<u>Małopolska</u> 03-05 2017 r.	<u>Małopolska</u> 05-07 2017 r.	<u>Wrocław</u> 09-11 2017 r.	<u>Małopolska</u> 10-12 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

- Podstawowe
- Gimnazjalne
- Średnie
- Pomaturalne
- Wyższe
- 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