**FORMULARZ REKRUTACYJNY
na
PONADPROGRAMOWE PRAKTYKI ZAWODOWE
realizowane w ramach projektu**

***„Program rozwojowy dla kierunku Pielęgniarstwo – II edycja”***

***UWAGA!!! Formularz (tylko białe pola) należy wypełnić czytelnie: elektronicznie (komputerowo) lub ręcznie – wyłącznie drukowanymi literami. Wszystkie białe pola muszą być wypełnione. W polach wyboru właściwą odpowiedź należy zaznaczyć „X”. Wypełniony formularz (oryginał) należy czytelnie podpisać
i wraz z załącznikami dostarczyć osobiście do Biura Projektu.***

|  |  |
| --- | --- |
| **Data wpływu** |   |
| **Godzina wpływu** |   |
| **Numer ewidencyjny** |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer albumu** |  |
| **Imię i nazwisko** |  |

|  |
| --- |
| Jestem zainteresowany/zainteresowana i **chcę realizować** Ponadprogramowe Praktyki Zawodowe w ramach projektu *„Program rozwojowy dla kierunku Pielęgniarstwo – II edycja”,* współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, V Osi priorytetowej Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działania 5.5. Rozwój usług pielęgniarskich |
| **Finansowanie ponadprogramowych praktyk zawodowych** | **** |

**Średnia ocen za semestr poprzedzający rozpoczęcie praktyk** ………………………..- (średnia arytmetyczna ocen
z I semestru studiów roku akademickiego 2018/2019), liczona z uwzględnieniem ocen z egzaminów oraz zaliczeń, określonych planem studiów, ustalona z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku bez dokonywania zaokrągleń.

 …………………………………………………………………

 Podpis studenta

**Oświadczam, że:**

****wyrażam chęć wzięcia udziału oraz wnioskuję o zakwalifikowanie mnie do udziału w Ponadprogramowych Praktykach Zawodowych w ramach projektu „Program rozwojowy dla kierunku Pielęgniarstwo –II edycja”;

****zapoznałem/-am się z Regulaminem Ponadprogramowych Praktyk Zawodowych(Rozwojowych) w ramach projektu „Program rozwojowy dla kierunku Pielęgniarstwo –II edycja”, akceptuję go i oświadczam, iż spełniam kryteria rekrutacji określone dla uczestnika w praktykach;

****zostałem/-am poinformowany/a, że projekt „Program rozwojowy dla kierunku Pielęgniarstwo –II edycja” jest dofinansowany z Funduszy Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój, Priorytet V. Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.5. Rozwój usług pielęgniarskich;

****zostałem/-am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy i jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za podanie danych nie zgodnych z prawdą wynikającej
z art. 271 i art. 297 Kodeksu karnego (Dz.U. z 2018 r., poz. 1600, z późn. zm.);

****wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu
do celów związanych z rekrutacją, realizacją, ewaluacją, monitoringiem, sprawozdawczością, kontrolą oraz działaniami informacyjno-promocyjnymi projektu „Program rozwojowy dla kierunku Pielęgniarstwo – II edycja”.

Chełm, dn. ………………………………… ……………………………………………………

 (czytelny podpis studenta)

Średnia ocen ………………………..- średnia arytmetyczna ocen z I semestru studiów roku akademickiego 2018/2019, liczona z uwzględnieniem ocen z egzaminów oraz zaliczeń, określonych planem studiów, ustalona z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku bez dokonywania zaokrągleń (potwierdzona przez pracownika Działu Obsługi Studenta Instytutu Nauk Medycznych PWSZ w Chełmie).

……………………………………………………

 (podpis pracownika

 DOS Instytutu Nauk Medycznych PWSZ w Chełmie)