



„Program rozwojowy dla kierunku Pielęgniarstwo - II edycja”

Biuro projektu: ul. Pocztowa 54, 22-100 Chełm,

tel.: 82 565 88 85

e-mail: prp2@pwsz.chelm.pl

www.pwsz.chelm.pl/pielęgniarstwo-ii-edycja

FORMULARZ REKRUTACYJNY

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	

Jestem zainteresowany/zainteresowana i **deklaruję uczestnictwo** w Projekcie „Program rozwojowy dla kierunku Pielęgniarstwo – II edycja”, współfinansowanym 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 pielęgniarstkich w zakresie wskazanych form wsparcia (proszę zaznaczyć wybrane działania):

I. Uczelniany program stypendialny dla studenta/studentki kierunku Pielęgniarstwo	<input type="checkbox"/>
II. Finansowanie obowiązkowych praktyk zawodowych	<input type="checkbox"/>
III. Finansowanie ponadprogramowych praktyk zawodowych	<input type="checkbox"/>
IV. Warsztaty z zakresu porozumiewania się z pacjentami	<input type="checkbox"/>
V. Program stypendialny absolwenta oraz dodatkowe szkolenia zawodowe	<input type="checkbox"/>

Jestem studentem/studentką:

Kierunek studiów	Semestr/Rok akademicki/Rok studiów	
Pielęgniarstwo	Semestr:	
	Rok akademicki:	
	Rok studiów:	
Forma kształcenia	<input type="checkbox"/> stacjonarne I stopnia	
Numer albumu		

Dane Uczestnika/Uczestniczki, dane kontaktowe		
1.	Kraj ¹ :	
2.	Imię/imiona:	
3.	Nazwisko:	
4.	PESEL:	
5.	Brak PESEL:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
6.	Płeć:	<input type="checkbox"/> KOBIEȚA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŹNA
7.	Województwo:	
8.	Powiat:	
9.	Gmina:	
10.	Miejscowość:	<input type="checkbox"/> obszar miejski ² <input type="checkbox"/> obszar wiejski ³
11.	Ulica:	
12.	Nr budynku:	
13.	Nr lokalu:	
14.	Kod pocztowy:	
15.	Telefon kontaktowy:	
16.	Adres e-mail:	
17.	Adres powyżej stanowi moje miejsce zamieszkania	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
18.	Jeżeli w pkt 17 zaznaczono NIE, podać miejsce zamieszkania	Adres: <input type="checkbox"/> obszar miejski ² <input type="checkbox"/> obszar wiejski ³
Poziom wykształcenia		
<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)		
Status na rynku pracy		
Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, w tym:	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	
Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, w tym:	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	
Osoba bierna zawodowo, w tym:	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniach <input type="checkbox"/> inne	

¹ Wskaż kraj powiązany z danymi do kontaktu tj. kraj obszaru zamieszkania z którego uczestnik kwalifikuje się do udziału w projekcie.

² Duże i małe obszary o ludności > 5 000 mieszkańców oraz o średniej i dużej gęstości zaludnienia. Według klasyfikacji DEBURBA: 1 lub 2.

³ Obszary wiejskie o ludności < 5 000 mieszkańców i małej gęstości zaludnienia. Według klasyfikacji DEGURBA: 3.

Osoba pracująca w:	<input type="checkbox"/> administracji rządowej <input type="checkbox"/> administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> MŚP (małe lub średnie przedsiębiorstwo, zatrudniające poniżej 250 pracowników) <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie (zatrudniające powyżej 250 pracowników) <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek
Nazwa i adres zakładu pracy:	
Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> instruktor kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wspierania ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik
Status uczestnika Projektu	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, Migrant, osoba obcego pochodzenia ⁴	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania danych
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań ⁵ (jeśli TAK, i jeśli potrzebujesz wsparcia skontaktuj się z Biurem Projektu)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami ⁶	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania danych
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania danych

⁴ Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy – każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie posiadania obywatelstwa innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.

⁵ Bezdomność lub wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: a. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach). b. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, kobiet, imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitala, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane). c. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą). d. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajnie przeludnione).

⁶ Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 1997, nr 123, poz. 776) a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994, nr 111, poz. 535) tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.

Oświadczam, że:

- wyrażam chęć wzięcia udziału oraz wnioskuję o zakwalifikowanie mnie do udziału w projekcie „Program rozwojowy dla kierunku Pielęgniarstwo –II edycja”;
- zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa studentów w projekcie „Program rozwojowy dla kierunku Pielęgniarstwo –II edycja”, akceptuję go i oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności określone dla uczestnika projektu;
- 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 pielęgniarstkich;
- zostałem/-am pouczone/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.);
- na etapie składania formularza rekrutacyjnego do powyższego projektu zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, dotyczących mojego statusu społecznego (w tym niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia, lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej);
- 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)

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)