



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Data wpływu do Organizatora:		Przyznane punkty	
Zakwalifikowana/y do kursu: (kod kursu)			
Projekt: „Wsparcie kształcenia poddyplomowego pielęgniarek i położnych” Numer projektu: POWR.07.01.00-00-0004/22			
FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI PO ZAREJESTROWANIU W SMK			
1. Dane podstawowe			
Imię (imiona)			
Nazwisko			
Data i miejsce urodzenia			
PESEL			
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna		
Tel. kontaktowy			
E-mail			
Poziom wykształcenia	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne		
	<input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe I stopnia (licencjackie, inżynierskie) <input type="checkbox"/> wyższe II stopnia (magisterskie) <input type="checkbox"/> wyższe III stopnia (doktoranckie)		
DANE ADRESOWE			
Ulica			
Nr budynku		Nr lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość	
Gmina		Powiat	
Województwo			
2. Zakres wsparcia projektowego			
2.1 Nazwa i edycja wybranego kursu			
2.2 Rejestracja na kurs w systemie SMK	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

2.3 Rejestracja w okręgowym rejestrze pielęgniarek /okręgowym rejestrze położnych oraz nazwa Izby	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE OIPiP w										
2.4 Numer prawa wykonywania zawodu	<table border="1" style="width: 100%; height: 45px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
2.5 Staż pracy w zawodzie pielęgniarki/położnej (liczba lat lub miesięcy)											

3. Status kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć odpowiednio x):

3.1 Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu

- Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:**
 - Osoba długotrwale bezrobotna (nieprzerwanie przez min. 12 m-y)
 - inne
- Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:**
 - Osoba długotrwale bezrobotna (nieprzerwanie przez min. 12 m-cy)
 - inne
- Osoba bierna zawodowo, w tym:**
 - osoba ucząca się
 - osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
 - inne
- Osoba pracująca, w tym:**
 - osoba pracująca w administracji rządowej
 - osoba pracująca w administracji samorządowej
 - osoba pracująca w organizacji pozarządowej
 - osoba pracująca w MMŚP (mikro-, małym-, średnim-przedsiębiorstwie)
 - osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
 - osoba prowadząca działalność na własny rachunek
 - inne (jakie?)



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

<p>3.2 Wykonywany zawód</p>	<p><input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia</p> <p><input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej</p> <p><input type="checkbox"/> rolnik</p> <p><input type="checkbox"/> inny (jaki?)</p>
<p>3.3 Nazwa zakładu pracy</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p><i>* w przypadku osób prowadzących działalność na własny rachunek należy podać nazwę prowadzonej działalności</i></p>
<p>3.4 Uczestnik/uczestniczka jest przedsiębiorcą w rozumieniu Ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz.U.2021.0.162).</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>WAŻNE: w przypadku odpowiedzi twierdzącej należy dołączyć załącznik Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis</p>
<p>3.5 Aktualne zatrudnienie na oddziale covidowym/zakaźnym</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK¹ <input type="checkbox"/> NIE</p>

¹ Jeżeli TAK należy dołączyć aktualne zaświadczenie



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

4. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć odpowiednio x):	
4.1 Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
4.2 Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
4.3 Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK ² <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
<i>Jeżeli zaznaczono TAK proszę wpisać niezbędne potrzeby w tym zakresie np. ułatwienia architektoniczne, dostosowane stanowisko pracy itp.</i>
4.4 Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem(a)m się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych” oraz akceptuję jego warunki.
2. Zostałem(a)m poinformowany/a, że projekt pn. „Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych” realizowany przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, jest finansowany w ramach Działania 7.1 Oś priorytetowa VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego;
3. Zapoznałem(am) się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w związku z rekrutacją i udziałem w projekcie „Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych” ni nie zgłaszam sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
4. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, potwierdzam prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika

² Jeżeli TAK należy dołączyć aktualne zaświadczenie