

Załącznik nr 1

do regulaminu uczestnictwa w Projekcie

„Poprawa jakości kształcenia na kierunku pielęgniarstwo poprzez wdrożenie programu rozwojowego oraz utworzenie Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej w Akademii Pomorskiej w Słupsku”

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Szkolenie w ramach symulacji medycznej dla pacjentów standaryzowanych

Imię	
Nazwisko	
Narodowość	
PESEL	
Brak PESEL	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Kierunek studiów	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu:	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Zawodowe <input type="checkbox"/> Średnie <input type="checkbox"/> Wyższe
Adres zamieszkania w chwili przystąpienia do projektu:	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Kod pocztowy	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo ¹ <input type="checkbox"/> Osoba pracująca*
*Wykonywany zawód (wypełnić w przypadku zaznaczenia pozycji osoba pracująca)	<input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMS <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek
*Nazwa zakładu pracy (wypełnić w	

¹ To osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Za biernych zawodowe uznaje się między innymi studentów studiów stacjonarnych.

przypadku zaznaczenia pozycji osoba pracująca)	
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 z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania danych
Osoba przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<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 (innej niż wymieniona powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania danych

Kryteria oceny uczestnika

Lp.	Kryterium oceny	Odpowiedź*	Punktacja
1.	Płeć	mężczyzna	2 pkt
		kobieta	1 pkt
2.	Orzeczenie o niepełnosprawności	tak	2 pkt
		nie	1 pkt
3.	Miejsce zamieszkania	wieś	3 pkt
		Miasto do 20 tys. mieszkańców	2 pkt
		Miasto pow. 20 tys. mieszkańców	1 pkt
4.	Pracownik AP w Słupsku	Tak	2 pkt
		Nie	1 pkt
5.	Student AP w Słupsku	Tak	1 pkt
		Nie	2 pkt
6.	Wiek	Pow. 40 lat	3 pkt
		30 – 40 lat	2 pkt
		Poniżej 30 lat	1 pkt

*wstawić znak X we właściwym miejscu

Oświadczam, że:

- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu do celów związanych z rekrutacją i selekcją (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000)
- zostałem/lam poinformowany/na o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis)