



DO REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA
w szkoleniach/kursach realizowanych w ramach projektu:
"NurseFormers – Pielęgniarka Przyszłości" w ramach
Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego
2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego
Funduszu Rozwoju Społecznego Plus, nr projektu
FERS.01.05-IP.08-0296/23-00.

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Dane Uczestnika projektu: „NurseFormers – Pielęgniarka Przyszłości” FERS.01.05-IP.08-0296/23-00)

należy zaznaczyć X przy właściwej formie wsparcia

a) studenci kier. pielęgniarstwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (Zadania 1-5 projektu):

studenci I roku I stopnia

- ☐ Szkolenie z wykorzystaniem fabularnej gry edukacyjnej „Body Wars”
- ☐ Szkolenie z wykorzystaniem cyfrowego narzędzia modułowego - trenażera „Nurse Helper”
- ☐ Szkolenie z wykorzystaniem aplikacji webowej „Human Care – diagnostyka i opieka”
- ☐ Umiejętne zarządzanie stresem

studenci I lub II roku I stopnia

- ☐ Przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu
- ☐ Kurs z zakresu ograniczeń i potrzeb osób niepełnosprawnych z wykorzystaniem symulatora niepełnosprawności w wirtualnej rzeczywistości VR

b) kadra prowadząca dydaktykę na kierunku pielęgniarstwo Wydziału Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (Zadania 6-9 projektu):

- ☐ Szkolenie z zakresu materiałów e-learningowych
- ☐ Szkolenia z obsługi oraz wykorzystania VR i narzędzi grywalizacyjnych w dydaktyce
- ☐ Podstawy metodyczne obliczania śladu węglowego
- ☐ Szkolenie z zakresu komunikacji międzykulturowej.

I. ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH POWIERZONYCH DO PRZETWARZANIA

1. Obywatelstwo

- ☐ Obywatelstwo polskie
- ☐ Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE
- ☐ Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec

2. Rodzaj Uczestnika:

- ☐ student : kierunek wydział..... stopień..... rok.....
- ☐ pracownik

3. Imię:

4. Nazwisko:

5. PESEL: ☐ Brak PESEL

6. Płeć:



7. Wiek w chwili przystąpienia do projektu:

8. Wykształcenie:

- ☐ średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)
☐ ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)
☐ wyższe (ISCED 5-8)

Dane kontaktowe uczestnika:

1. Kraj:
2. Województwo:
3. Powiat:
4. Gmina:
5. Miejscowość:
6. Ulica:
7. Nr budynku:
8. Nr lokalu:
9. Kod pocztowy:
10. Telefon kontaktowy:
11. Adres e-mail:

(każdy uczestnik musi podać telefon kontaktowy oraz adres e-mail).

Szczegóły wsparcia

1. Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:

- ☐ Osoba bezrobotna
☐ Osoba bierna zawodowo
☐ Osoba pracująca

W przypadku zaznaczenia „Osoba bezrobotna” proszę o uzupełnienie niniejszych informacji:

- ☐ Osoba długotrwale bezrobotna
☐ Inne

W przypadku zaznaczenia „Osoba bierna zawodowo” proszę o uzupełnienie niniejszych informacji:

- ☐ Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
☐ Osoba ucząca się/ odbywająca kształcenie
☐ Inne

W przypadku zaznaczenia „Osoba pracująca” proszę o uzupełnienie niniejszych informacji:

- ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek
☐ osoba pracująca w administracji rządowej
☐ osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty]
☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej
☐ osoba pracująca w MMŚP
☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
☐ osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą
☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)
☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)
☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)



- ☐ osoba pracująca na uczelni
- ☐ osoba pracująca w instytucie naukowym
- ☐ osoba pracująca w instytucie badawczym
- ☐ osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz
- ☐ osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym
- ☐ osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki
- ☐ osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej
- ☐ Inne

Specjalne potrzeby:

- ☐ Konieczność dostosowania przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową
Jeśli TAK, proszę opisać jakie:.....
- ☐ Konieczność zapewnienia tłumacza języka migowego
- ☐ Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie
- ☐ Alternatywne formy materiałów szkoleniowych np. zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką
- ☐ Inne specjalne potrzeby
jakie:.....

II. DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

„NurseFormers – Pielęgniarka Przyszłości” nr FERS.01.05-IP.08-0296/23-00 realizowanym przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż:

1. zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu pn. „NurseFormers – Pielęgniarka Przyszłości” Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Społecznego Plus, nr projektu FERS.01.05-IP.08-0296/23-00 realizowanym przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach;
2. spełniam wszystkie wymogi formalne i zasady udziału określone w Regulaminie Projektu;
3. zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Społecznego Plus;
4. zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Społecznego Plus;
5. wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych;
6. zostałem poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia;
7. zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej;
8. zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
9. oświadczam, że dane zawarte w Kwestionariuszu Osobowym/Formularzu Zgłoszeniowym oraz ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis