Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

dla kandydatów i kandydatek do udziału w wizycie studyjnej

IRCAD, Research Institute Against Digestive Cancer, Strasburg, Francja

13.12.2026 r. –14.12.2026 r.

Projekt *Nowoczesne standardy kształcenia doskonalącego lekarzy specjalistów w wybranych specjalizacjach zabiegowych ze szczególnym wykorzystaniem nowatorskich rozwiązań informatycznych*

FERS.01.01-IP.02-0001/23

Prosimy o wypełnienie poniższych danych:

1. Dane podstawowe

Imię i nazwisko	
PESEL	
Płeć	
Wykształcenie	
Adres:	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Kod pocztowy	
Miejscowość	
Ulica	
Numer budynku	
Numer lokalu	
Adres e-mail	
Telefon kontaktowy	
Stanowisko	
Tytuł zawodowy/stopień naukowy/tytuł naukowy	
Specjalizacja	

2. Oświadczenia kandydata/kandydatki do udziału w wizycie studyjnej 2026 r.

a) Oświadczam, że spełniam kryterium formalne dla uczestników/-czek wizyty studyjnej 2026 r. (zaznaczyć właściwą odpowiedź)		
Zatrudnienie w UJK i przeszkolenie do pełnienia funkcji instruktora/instruktorki zabiegów endoskopowych w ramach projektu	**TAK**	**NIE**
Zatrudnienie w UJK i pełnienie funkcji eksperta Zespołu powołanego do realizacji projektu	**TAK**	**NIE**
b) Oświadczam, że spełniam następujące kryteria dodatkowe (punktowane) dla uczestników/-czek wizyty studyjnej 2026 r. Spełnienie kryteriów dodatkowych umożliwia otrzymanie dodatkowych punktów w procesie rekrutacji do udziału w wizycie studyjnej 2026 r.		
Liczba szkoleń z zakresu technik endoskopowych przeprowadzonych w ramach projektu 1 pkt za każde przeprowadzone szkolenie	Proszę wpisać tematy szkoleń oraz rok, w którym poszczególne szkolenia zostały zrealizowane:	
Doświadczenie w prowadzeniu zajęć dydaktycznych z wykorzystaniem symulacji medycznej 1 pkt za każdy rok doświadczenia	Proszę wpisać, w jakich latach prowadził/-a Pan/Pani zajęcia dydaktyczne z wykorzystaniem symulacji medycznej:	
Najwyższa z posiadanych kwalifikacji 1 pkt za tytuł magistra lub równorzędny (w tym lekarza) 2 pkt za stopień doktora 3 pkt za stopień doktora habilitowanego 4 pkt za tytuł profesora	Proszę wskazać najwyższy posiadany tytuł zawodowy, stopień naukowy lub tytuł profesora:	

3. Potrzeby związane z udziałem w wizycie

Można dobrowolnie wskazać potrzebne dostosowanie. Prosimy podać wyłącznie oczekiwany sposób wsparcia, bez informacji o stanie zdrowia.	

Oświadczenia:

Ja niżej podpisany(a), oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z *Regulaminem rekrutacji na wizytę studyjną dla ekspertów/-ek i instruktorów/-ek projektu „Nowoczesne standardy kształcenia doskonalącego lekarzy specjalistów w wybranych specjalizacjach zabiegowych ze szczególnym wykorzystaniem nowatorskich rozwiązań informatycznych”* i akceptuję jego warunki. Spełniam warunki zatrudnienia określone w § 5 ust. 4 regulaminu projektu stanowiącego załącznik do zarządzenia nr 65/2024 Rektora UJK;
2. moje łączne zaangażowanie zawodowe w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach i innych podmiotów, z uwzględnieniem planowanego zaangażowania do Projektu, nie przekracza 276 godzin miesięcznie;
3. nie jestem zatrudniona/ny na podstawie stosunku pracy w instytucji uczestniczącej w realizacji Programu Operacyjnego (PO) - Jako instytucję uczestniczącą w realizacji PO rozumie się IZ PO lub instytucję, do której IZ PO delegowała zadania związane z zarządzaniem PO;
4. w przypadku wybrania mojej kandydatury zobowiązuję się do udziału w wizycie studyjnej 2026r. w IRCAD, Research Institute Against Digestive Cancer, Strasburg, Francja

   w okresie 13.12.2026 r. –14.12.2026 r.;
5. zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus;
6. zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt realizowany jest w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027, Oś priorytetowa I Umiejętności; Działanie 1.1 Współpraca ponadnarodowa;
7. zapoznałem/-am się z treścią Informacji o przetwarzaniu danych osobowych.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data:	**Czytelny podpis:**
……	……