

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

dla kandydatów i kandydatek do udziału w wizycie studyjnej  
**w Centrum Symulacji Uniwersytetu Medycznego w Pławdiw (Bułgaria)**  
dla ekspertów/-ek i instruktorów/-ek projektu „Nowoczesne standardy kształcenia doskonalącego lekarzy specjalistów w wybranych specjalizacjach zabiegowych ze szczególnym wykorzystaniem nowatorskich rozwiązań informatycznych”

FERS.01.01-IP.02-0002/23

Prosimy o wypełnienie poniższych danych:

## 1. Dane podstawowe:

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

2. Oświadczenia kandydata/kandydatki do udziału w wizycie studyjnej 2025:

a) Oświadczam, że spełniam kryterium formalne dla uczestników/-czek wizyty studyjnej 2025 <b>(zaznaczyć właściwą odpowiedź)</b>		
Funkcja instruktora symulacji	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Funkcja instruktora/-ki zabiegów endoskopowych	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Funkcja eksperta/-ki zespołów powołanych do realizacji projektu	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
b) Oświadczam, że spełniam następujące kryteria dodatkowe (punktowane) dla uczestników/-czek wizyty studyjnej 2025		
Spełnienie kryteriów dodatkowych umożliwia otrzymanie dodatkowych punktów w procesie rekrutacji do udziału w wizycie studyjnej 2025.		
Liczba odbytych formalnych szkoleń z zakresu symulacji medycznej uprawniających do pełnienia funkcji instruktora symulacji/zabiegów endoskopowych <b>1 pkt za każde odbyte szkolenie</b>	Proszę wpisać tematy szkoleń oraz rok, w którym poszczególne szkolenia zostały zrealizowane:	
Doświadczenie w prowadzeniu zajęć dydaktycznych z wykorzystaniem symulacji medycznej <b>1 pkt za każdy rok doświadczenia</b>	Proszę wpisać, w jakich latach prowadził/-a Pan/Pani zajęcia dydaktyczne z wykorzystaniem symulacji medycznej:	
Posiadane tytuły zawodowe, stopnie i tytuły naukowe <b>1 pkt – mgr</b> <b>2 pkt – dr</b> <b>3 pkt – dr hab.</b> <b>4 pkt – prof.</b>	Proszę wskazać posiadany stopień lub tytuł:	

### 3. Informacje o niepełnosprawności

Proszę o podanie specjalnych potrzeb wynikających z Pana/Pani niepełnosprawności, których zaspokojenie umożliwi udział w projekcie (jeśli dotyczy)	
--	--

#### Oświadczenia:

Ja, niżej podpisany/-a, oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji na wizytę studyjną 2025 dla ekspertów/-ek i instruktorów/-ek projektu „Nowoczesne standardy kształcenia doskonałego lekarzy specjalistów w wybranych specjalizacjach zabiegowych ze szczególnym wykorzystaniem nowatorskich rozwiązań informatycznych” i akceptuję jego warunki;
- 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 zatrudniony/-na 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 2025 w **Centrum Symulacji Uniwersytetu Medycznego w Płowdiw (Bułgaria) w terminie 13-15.10.2025 r. lub 17-19.11.2025 r.;**
- 5) zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
- 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) jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy;
- 8) **zapoznałem/-am się z treścią Informacji o przetwarzaniu danych osobowych.**

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem:

<b>Data:</b>	<b>Czytelny podpis:</b>
.....	.....