

Załącznik nr 2 do Regulaminu

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

na Instruktorów/ki zabiegów endoskopowych w ramach Projektu pn. „Nowoczesne standardy kształcenia doskonalącego lekarzy specjalistów w wybranych specjalizacjach zabiegowych ze szczególnym wykorzystaniem nowatorskich rozwiązań informatycznych”
UDA-FERS.01.01-IP.02-0001/23-00

Prosimy o wypełnienie poniższych danych:

1. Dane podstawowe:

Imię i nazwisko	
PESEL	
Płeć	
Wykształcenie	
Adres zamieszkania:	
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. Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu:

	osoba pracująca , w tym:
☐	w administracji rządowej
☐	w administracji samorządowej
☐	w organizacji pozarządowej
☐	w MMŚP
☐	w dużym przedsiębiorstwie
☐	prowadząca działalność na własny rachunek
☐	inne

3. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć właściwe poprzez wstawienie znaku X)

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia¹	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji	
Osoba z niepełnosprawnościami	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji	
	Proszę o podanie specjalnych potrzeb wynikających z Pana/Pani niepełnosprawności, których zaspokojenie umożliwi udział w projekcie (jeśli dotyczy)	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji	

4. Oświadczenia uczestnika/uczestniczki na Instruktora zabiegów endoskopowych:

¹ Osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań. Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: 1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach) 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitala, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane) 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą) 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie). Osoby dorosłe mieszkające z rodzicami nie powinny być wykazywane we wskaźniku, chyba że wszystkie te osoby są bezdomne lub mieszkają w nieodpowiednich i niebezpiecznych warunkach.

a) Oświadczam, że spełniam kryteria formalne dla Instruktorów/Instruktorek zabiegów Endoskopowych (proszę przekreślić niewłaściwą odpowiedź)		
Jestem czynnym/-ą zawodowo lekarzem/lekarką	TAK	NIE
Jestem zatrudniony w Uniwersytecie Jana Kochanowskiego w Kielcach – umowa o pracę	TAK	NIE
Posiadam specjalizację	TAK	NIE
Posiadam co najmniej 2 lata doświadczenia dydaktycznego w prowadzeniu zajęć dydaktycznych	TAK	NIE
Wykonałem/am co najmniej 200 procedur endoskopowych i/lub laparoskopowych i/lub wewnątrznaczyniowych	TAK	NIE

5. Informacje o niepełnosprawności:

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

1. Ja niżej podpisany/a deklaruje swoje uczestnictwo w Projekcie pn.: „Nowoczesne standardy kształcenia doskonalącego lekarzy specjalistów w wybranych specjalizacjach zabiegowych ze szczególnym wykorzystaniem nowatorskich rozwiązań informatycznych” UDA-FERS.01.01-IP.02-0001/23-00 realizowany jest przez Centrum Kształcenia Podyplomowego w partnerstwie z Uniwersytetem Jana Kochanowskiego w Kielcach, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Funduszu Europejskiego dla Rozwoju Społecznego.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
6. Zobowiązuję się do udziału w szkoleniach z wybranych technik endoskopowych realizowanych przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.
7. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem projektu i zobowiązuję się do jego przestrzegania oraz spełniam określone w nim kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data:	Czytelny podpis:
.....	

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

na Instruktorów/ki symulacji w ramach Projektu pn. „Nowoczesne standardy kształcenia doskonalącego lekarzy specjalistów w wybranych specjalizacjach zabiegowych ze szczególnym wykorzystaniem nowatorskich rozwiązań informatycznych”

UDA-FERS.01.01-IP.02-0001/23-00

Prosimy o wypełnienie poniższych danych:

1. Dane podstawowe:

Imię i nazwisko	
PESEL	
Płeć	
Wykształcenie	
Adres zamieszkania:	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Kod pocztowy	
Miejscowość	
Ulica	
Numer budynku	
Numer lokalu	
Adres e-mail	
Telefon kontaktowy	
Stanowisko	

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

☐	osoba pracująca , w tym:
☐	w administracji rządowej
☐	w administracji samorządowej
☐	w organizacji pozarządowej
☐	w MMŚP
☐	w dużym przedsiębiorstwie
☐	prowadząca działalność na własny rachunek
☐	inne

3. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć właściwe poprzez wstawienie znaku X)

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia²	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji	
Osoba z niepełnosprawnościami	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji	
	Proszę o podanie specjalnych potrzeb wynikających z Pana/Pani niepełnosprawności, których zaspokojenie umożliwi udział w projekcie (jeśli dotyczy)	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji	

4. Oświadczenia uczestnika/uczestniczki na Instruktora symulacji:

² Osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań. Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: 1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach) 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitala, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane) 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą) 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie). Osoby dorosłe mieszkające z rodzicami nie powinny być wykazywane we wskaźniku, chyba że wszystkie te osoby są bezdomne lub mieszkają w nieodpowiednich i niebezpiecznych warunkach.

b) Oświadczam, że spełniam kryteria formalne dla Instruktorów/Instruktorek symulacji (proszę przekreślić niewłaściwą odpowiedź)		
Pracownik dydaktyczny, administracyjny lub techniczny UJK zatrudniony na umowę o pracę w Collegium Medicum	TAK	NIE
2 letnie doświadczenie w realizacji zajęć/wspieraniu zajęć dydaktycznych z wykorzystaniem technik symulacji medycznej	TAK	NIE

5. Informacje o niepełnosprawności:

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

1. Ja niżej podpisany/a deklaruje swoje uczestnictwo w projekcie pn.: „Nowoczesne standardy kształcenia doskonalącego lekarzy specjalistów w wybranych specjalizacjach zabiegowych ze szczególnym wykorzystaniem nowatorskich rozwiązań informatycznych” UDA-FERS.01.01-IP.02-0001/23-00 realizowany jest przez Centrum Kształcenia Podyplomowego w partnerstwie z Uniwersytetem Jana Kochanowskiego w Kielcach, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Funduszu Europejskiego dla Rozwoju Społecznego.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
6. Zobowiązuję jest do udziału w szkoleniach realizowanych przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.
7. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem projektu i zobowiązuję się do jego przestrzegania oraz spełniam określone w nim kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data:	Czytelny podpis:
.....	