# Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Wzrost kompetencji zawodowej fizjoterapeutów – poprawa sytuacji dezaktywacji zawodowej w społeczeństwie”

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł projektu | **Wzrost kompetencji zawodowej fizjoterapeutów – poprawa sytuacji dezaktywacji zawodowej w społeczeństwie** |
| Oś, w ramach której realizowany jest projekt | **V – Wsparcie dla obszaru zdrowia** |
| Działanie, w ramach którego realizowany jest projekt | **5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych**  |
| Obszar realizacji projektu | cała Polska |
| Numer projektu | WND-POWR.05.04.00-00-0109/16 |
| Termin realizacji projektu | Od | **01 czerwca 2017** | do | **30 września 2018** |
| **Potwierdzenie przyjęcia formularza/Data zgłoszenia** |  |

|  |
| --- |
| **Podstawowe dane uczestnika projektu** |
| **imię (imiona)** |  | **nazwisko** |  |
| PESEL |  | płeć | ❑ kobieta | ❑ mężczyzna |
| data i miejsce urodzenia |  | orzeczenie o niepełnosprawności | ❑ tak | ❑ nie |
| **Miejsce zamieszkania uczestnika projektu** |
| miejscowość |  | kod pocztowy |  |
| ulica |  | nr domu/nr lokalu |  |
| województwo |  | powiat |  |
| gmina |  | obszar | ❑ **miejski**(gminy miejskie i miasta powyżej 25 tys. mieszkańców) | ❑ **wiejski**(gminy wiejskie, gminy wiejsko-miejskie i miasta do 25 tys.mieszkańców) |
| **Dane kontaktowe uczestnika projektu** |
| **telefon** (komórkowy lub stacjonarny) |  | **adres e-mail** |  |

|  |
| --- |
| **Kryteria udziału w projekcie** |
| zatrudnienie na podstawie umowy o pracę / umowę cywilnoprawną w publicznym systemie ochrony zdrowia | ❑ tak | ❑ nie | Wykształcenie wyższe w zawodzie fizjoterapeuta | ❑ kopia dyplomu |
| *spełnia kryterium* | *spełnia kryterium* |
| Brak kwalifikacji w zakresie tematów szkoleń oferowanych w projekcie | ❑ podpisane oświadczenie Uczestnika Projektu |
| *spełnia kryterium:* ❑ TAK ❑ NIE |
| Potwierdzenie minimalnego 2-letniego okresu stażu pracy | ❑ zaświadczenie wydane przez zakład pracy |
| *spełnia kryterium:* ❑ TAK ❑ NIE |
| Osoba niepełnosprawna  | ***5 PKT*** | ❑ TAK ❑ NIE |
| Kobieta | ***5 PKT*** | ❑ TAK ❑ NIE |
| Dodatkowe kwalifikacje w zawodzie fizjoterapeuty (kopie) | ***5 PKT*** | ❑ TAK ❑ NIE |
| Działalność naukowa (kopie publikacji) | *5 PKT* | ❑ TAK ❑ NIE |
| SUMA |  |  *PKT* |
| *Udział w szkoleniach specjalistycznych poprzedza obowiązkowe szkolenie wprowadzające (120 h).* |
| udział w szkoleniu specjalistycznym | **Diagnostyka i terapia ortopedyczna i neurologiczna** | **Kurs przygotowujący do pracy z pacjentami w podeszłym wieku** |
|  | ❑ | ❑ |

|  |
| --- |
| **Oświadczam, iż**  **zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie oraz akceptuję zawarte w nim warunki.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *czytelny podpis* |

|  |
| --- |
| **Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą oraz że zostałem poinformowany o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *czytelny podpis* |

|  |
| --- |
| **Raport Komisji Rekrutacyjnej** |
| Kandydat spełnia kryteria udziału w projekcie | ❑ tak ❑ nie |
| Liczba punktów uzyskanych za kryteria premiujące |  |
| Decyzja Komisji Rekrutacyjnej – wpis na listę uczestników projektu | ❑ tak ❑ nie |
| **podpisy członków Komisji** | …………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Biały Kościół | *data:* …………………………. |

|  |  |
| --- | --- |
| Decyzję zatwierdził | ………………………………………………………………… |
| Biały Kościół | *data:* …………………………. |