# 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:* …………………………. |