

Załącznik nr1
do Regulaminu wsparcia w Projekcie

“Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych w PWSZ Gniezno z wykorzystaniem Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej”

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY UCZESTNIKA PROJEKTU

KADRA DYDAKTYCZNA

DANE UCZESTNIKA				
Kraj				
Imię		Nazwisko		
Pesel	Brak Pesel ☐ Tak	Płeć	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna	
Wiek w chwili przystąpienia do projektu:				
Wykształcenie:				
☐ Niższe niż podstawowe (ISCED 0)	☐ Podstawowe (ISCED 1)	☐ Gimnazjalne (ISCED 2)		
☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3)	☐ Policealne (ISCED 4)	☐ Wyższe (ISCED 5-8)		
DANE KONTAKTOWE				
Województwo	Powiat	Gmina		
Miejscowość	Ulica	Nr budynku	Nr lokalu	
Kod pocztowy	Nr telefonu	Email		
SZCZEGÓŁY WSPARCIA				
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:		☐ Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy ☐ Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy ☐ Osoba bierna zawodowo ¹ ☐ Osoba pracująca		
		¹To osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Za biernych zawodowo uznaje się m.in. studentów studiów stacjonarnych.		

“Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych w PWSZ w Gniezno z wykorzystaniem Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej”

Projekt realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Oś V. Wsparcie dla obszaru zdrowia. Numer i nazwa działania: 5.3

Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych.

Wykonywany zawód (wypełnić w przypadku zaznaczenia pozycji - osoba pracująca)	☐ Inne ☐ Osoba pracująca w administracji rządowej ☐ Osoba pracująca w administracji samorządowej ☐ Osoba pracująca w MMŚP ☐ Osoba pracująca w organizacji pozarządowej ☐ Osoba prowadząca działalność na własny rachunek ☐ Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
Wykonywany zawód	☐ Inny ☐ Instruktor praktycznej nauki zawodu ☐ Nauczyciel kształcenia ogólnego ☐ Nauczyciel wychowania przedszkolnego ☐ Nauczyciel kształcenia zawodowego ☐ Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia ☐ Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej ☐ Pracownik instytucji rynku pracy ☐ Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego ☐ Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej ☐ Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej ☐ Pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej ☐ Rolnik
Zatrudniony w (nazwa zakładu pracy, adres)	
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	☐ Nie
	☐ Odmowa podania informacji
	☐ Tak
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ Nie
	☐ Tak
Osoba z niepełnosprawnościami	☐ Nie
	☐ Odmowa podania informacji
	☐ Tak
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)	☐ Nie
	☐ Odmowa podania informacji
	☐ Tak

“Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych w PWSZ w Gnieźnie z wykorzystaniem Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej”

Projekt realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Oś V. Wsparcie dla obszaru zdrowia. Numer i nazwa działania: 5.3

Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych.

Oświadczam, że

1. Zostałem/am poinformowany/a, iż projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój;
2. Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń i jednocześnie potwierdzam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą,
3. Oświadczam, że zostałem/am zapoznany/a z obowiązkiem informacyjnym realizowanym w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679).

.....

Czytelny podpis uczestnika

Wypełnia pracownik Biura Projektu

Data wpływu kwestionariusza

“Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych w PWSZ w Gnieźnie z wykorzystaniem Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej”

Projekt realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Oś V. Wsparcie dla obszaru zdrowia. Numer i nazwa działania: 5.3

Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych.

Lp.	KRYTERIA DOBORU UCZESTNIKA		ODPOWIEDŹ (proszę wstawić X pod właściwą odповідzią)	Punktacja
1.	Orzeczenie o niepełnosprawności	Tak		2pkt.
		Nie		1pkt.
2.	Prowadzenie zajęć docelowo dedykowanych nauczaniu metodami symulacji medycznej	Zajęcia praktyczne, ćwiczenia		2pkt.
		Wykłady, seminaria		1pkt.
3.	Doświadczenie w pracy dydaktycznej jako nauczyciel w zawodzie pielęgniarki/położnej	Powyżej 3 lat		3pkt.
		Powyżej 1 roku do 3 lat		2pkt.
		Do 1 roku		1pkt.
Razem				
Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. (data i czytelny podpis Uczestnika Projektu)				
KOŃCOWA OCENA FORMALNA (wypełnia pracownik Biura Projektu)				
☐ uczestnik zakwalifikowany do udziału w projekcie ☐ uczestnik niezakwalifikowany do udziału w projekcie				
..... Data Czytelny podpis oceniającego				