

Załącznik nr 3  
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 ZARZĄDZAJĄCA

| DANE UCZESTNIKA                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                        |  |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--|
| Kraj                                                                   |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                        |  |
| Imię                                                                   |                                               | Nazwisko                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                        |  |
| Pesel                                                                  | Brak Pesel<br><input type="checkbox"/> Tak    | Płeć                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Kobieta<br><input type="checkbox"/> Mężczyzna |  |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu:                               |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                        |  |
| Wykształcenie:                                                         |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                        |  |
| <input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (ISCED 0)               | <input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1) | <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                        |  |
| <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3)                    | <input type="checkbox"/> Policealne (ISCED 4) | <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                        |  |
| DANE KONTAKTOWE                                                        |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                        |  |
| Województwo                                                            | Powiat                                        | Gmina                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                        |  |
| Miejscowość                                                            | Ulica                                         | Nr budynku                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Nr lokalu                                                              |  |
| Kod pocztowy                                                           | Nr telefonu                                   | Email                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                        |  |
| SZCZEGÓŁY WSPARCIA                                                     |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                        |  |
| <b>Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:</b> |                                               | <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy<br><input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy<br><input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> Osoba pracująca<br><br><small><sup>1</sup>To 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.</small> |                                                                        |  |

**„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.

|                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Wykonywany zawód (wypełnić w przypadku zaznaczenia pozycji - osoba pracująca)</b>     | <input type="checkbox"/> Inne<br><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej<br><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej<br><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP<br><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej<br><input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek<br><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Wykonywany zawód</b>                                                                  | <input type="checkbox"/> Inny .....<br><input type="checkbox"/> Instruktor praktycznej nauki zawodu<br><input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego<br><input type="checkbox"/> Nauczyciel wychowania przedszkolnego<br><input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia zawodowego<br><input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia<br><input type="checkbox"/> Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej<br><input type="checkbox"/> Pracownik instytucji rynku pracy<br><input type="checkbox"/> Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego<br><input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej<br><input type="checkbox"/> Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej<br><input type="checkbox"/> Pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej<br><input type="checkbox"/> Rolnik |
| <b>Zatrudniony w (nazwa zakładu pracy, adres)</b>                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU</b>                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | <input type="checkbox"/> Nie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                          | <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                          | <input type="checkbox"/> Tak                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań                          | <input type="checkbox"/> Nie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                          | <input type="checkbox"/> Tak                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Osoba z niepełnosprawnościami                                                            | <input type="checkbox"/> Nie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                          | <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                          | <input type="checkbox"/> Tak                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)                   | <input type="checkbox"/> Nie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                          | <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                          | <input type="checkbox"/> 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 pouczone/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<br>(proszę wstawić<br>X pod właściwą<br>odповідzią) | Punktacja |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|
| 1.                                                                                                                                                                                                                                            | Orzeczenie o niepełnosprawności                                           | Tak                     |                                                               | 2pkt.     |
|                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                           | Nie                     |                                                               | 1pkt.     |
| 2.                                                                                                                                                                                                                                            | Doświadczenie w pracy dydaktycznej w nauce zawodu pielęgniarstwa/położnej | Tak                     |                                                               | 2pkt.     |
|                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                           | Nie                     |                                                               | 1pkt.     |
| 3.                                                                                                                                                                                                                                            | Staż pracy w Uczelni                                                      | Powyżej 3 lat           |                                                               | 3pkt.     |
|                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                           | Powyżej 1 roku do 3 lat |                                                               | 2pkt.     |
|                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                           | Do 1 roku               |                                                               | 1pkt.     |
| Razem                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                           |                         |                                                               |           |
| <p><b>Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne.</b></p> <p>.....</p> <p>(data i czytelny podpis Uczestnika Projektu)</p>                                                                       |                                                                           |                         |                                                               |           |
| <p><b>KOŃCOWA OCENA FORMALNA (wypełnia pracownik Biura Projektu)</b></p> <p><input type="checkbox"/> uczestnik zakwalifikowany do udziału w projekcie</p> <p><input type="checkbox"/> uczestnik niezakwalifikowany do udziału w projekcie</p> |                                                                           |                         |                                                               |           |
| <p>.....</p> <p><b>Data</b> <span style="margin-left: 200px;"><b>Czytelny podpis oceniającego</b></span></p>                                                                                                                                  |                                                                           |                         |                                                               |           |