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 zawodowo1
* Osoba pracująca

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. |
| **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
 |

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** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **Lp.** | **KRYTERIA DOBORU UCZESTNIKA****Proszę o zaznaczenie informacji dotyczących Pana/Pani sytuacji w momencie rozpoczęcia udziału w projekcie:** | **ODPOWIEDŹ****(proszę wstawić X pod właściwą odpowiedzią)** | **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** |