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** | | | | |