



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
w ramach projektu „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji pielęgniarek i położnych poprzez kształcenie podyplomowe organizowane przez WUM”.

DANE OSOBOWE KANDYDATA			
Imię (imiona) i nazwisko			
Imię ojca		Nazwisko rodowe	
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo		Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
PESEL			
ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
ADRES DO KORESPONDENCJI ¹			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
DANE KONTAKTOWE			
Telefon stacjonarny		Telefon komórkowy	
Adres e-mail			
WYKSZTAŁCENIE			
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Wyższe magisterskie <input type="checkbox"/> Wyższe licencjackie <input type="checkbox"/> Pomaturalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne	Uzyskany tytuł zawodowy w przypadku ukończenia szkoły wyższej	

¹ Należy wypełnić w przypadku, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

Nazwa ukończonej szkoły		Adres ukończonej szkoły	
Tytuł zawodowy	<input type="checkbox"/> pielęgniarka/pielęgniarz <input type="checkbox"/> położna/położny	Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	
Nazwa Organu wydającego zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu		Rok wydania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	

ZATRUDNIENIE

Nazwa i adres miejsca zatrudnienia (pełna nazwa)			
Zajmowane stanowisko		Oddział/Jednostka	
Staż pracy w latach		Pracownik POZ lub współpraca z POZ	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

STATUT NA RYNKU PRACY

Osoba bezrobotna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bierna zawodowo, w tym:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba ucząca się	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba nie uczestnicząca w kształceniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba nie uczestnicząca w szkoleniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

INNE DANE

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, w tym: - w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Brak doświadczenia zawodowego	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE

DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:	oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych		
	kopia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/rza lub położnej/nego na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, kopia wpisu o zmianie nazwiska)		
	zaświadczenie o zatrudnieniu lub świadectwo pracy jeżeli z zaświadczenia o zatrudnieniu nie wynika 6 miesięczny staż pracy u obecnego pracodawcy (dla kursów kwalifikacyjnych)		
	kserokopia dyplomu ukończenia studiów I lub II stopnia (dotyczy rekrutacji na kurs specjalistyczny Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych cz. 1 i cz. 2) lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa		
Proszę zaznaczyć wybrany kurs oraz wskazać wybraną miejscowość odbywania kursu	<i>nazwa kursu</i>	<i>Wstaw X</i>	<i>Wpisz województwo</i>
	„Ordynowanie leków i wypisywanie recept” dla pielęgniarek i położnych – kurs specjalistyczny, część I		
	„Ordynowanie leków i wypisywanie recept” dla pielęgniarek i położnych – kurs specjalistyczny, część II		
	„Wywiad i badania fizykalne” dla pielęgniarek i położnych – kurs specjalistyczny		
	„Wykonanie i interpretacja zapisu EKG” - kurs specjalistyczny		
	„Rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi” – kurs specjalistyczny		
	„Wykonywanie badania spirometrycznego” dla pielęgniarek – kurs specjalistyczny		
	Opieka pielęgniarska nad chorym dorosłym w leczeniu systemowym nowotworów” – kurs specjalistyczny”		
	„Pielęgniarstwo psychiatryczne” dla pielęgniarek – kurs kwalifikacyjny		
	„Pielęgniarstwo geriatryczne” dla pielęgniarek – kurs kwalifikacyjny		
	„Pielęgniarstwo onkologiczne” – kurs kwalifikacyjny		
<u>OŚWIADCZENIA</u>			
<p>Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem organizacyjnym kursów dla projektu „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji pielęgniarek i położnych poprzez kształcenie podyplomowe organizowane przez WUM” nr POWR.05.04.00-00-0028/15 akceptuję jego zapisy oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.</p> <p>Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikacyjności uprawniające do udziału w projekcie.</p> <p>Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Warszawski Uniwersytet Medyczny w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.</p> <p>.....</p> <p>Miejscowość i data</p>			
<p>.....</p> <p>Podpis wnioskodawcy</p>			