



FORMULARZ REKRUTACYJNY

„Podniesienie kompetencji studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i zwiększenie konkurencyjności absolwentów na rynku pracy”

Projekt realizowany w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Oś priorytetowa: III. Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju;

Działanie: 3.1 Kompetencje w szkolnictwie wyższym.

Numer	
Data wpływu	
Godzina wpływu	
Podpis osoby przyjmującej	

1. DANE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA PROJEKTU

Nazwisko _____ Imię _____

Data i miejsce urodzenia _____ dzień _____ miesiąc _____ rok _____ w _____

Płeć: K M

PESEL _____

1.1. ADRES ZAMIESZKANIA

Miasto¹ Wieś²

Ulica _____ Nr budynku _____ Nr lokalu _____

Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ Poczta _____

Gmina _____ Powiat _____

Województwo _____

Telefon (z nr kierunkowym) _____

Telefon komórkowy _____

E-mail _____

1.2 WYKSZTAŁCENIE

ponadgimnazjalne wyższe

¹ Miasto (gminy miejskie i miasta powyżej 25 tys. mieszkańców)

² Wieś (gminy wiejskie, gminy wiejsko – miejskie i miasta do 25 tys. mieszkańców)



1.3 STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy

W tym:

- osoba długotrwale bezrobotna
- inne

Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy

W tym:

- osoba długotrwale bezrobotna
- inne

Osoba bierna zawodowo:

W tym:

- osoba ucząca się
- osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
- inne

Osoba pracująca:

W tym:

- 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
- inne

Wykonywany zawód:

- 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
- inny

Zatrudniony w:

.....



1.4 DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI UCZESTNIKA PROJEKTU

Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu (TAK/NIE).....

Jestem osobą z niepełnosprawnościami (TAK/NIE)

Jestem osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu (TAK/NIE)

Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia (TAK/NIE)

Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu mieszkań (TAK/NIE)

Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (TAK/NIE)

Uczestniczyłam/-em w szkoleniach, w tym szkoleniach finansowanych ze środków Unii Europejskiej (TAK/NIE, jeśli TAK to jakich?)

.....

1.5 SYTUACJA UCZESTNIKA PROJEKTU

Oświadczam, że jestem STUDENTEM w rozumieniu ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. 2005 nr 164 poz. 1365)³ Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu **ostatniego/dwóch ostatnich semestrów studiów stacjonarnych I lub II stopnia** NA KIERUNKU (zaznaczyć właściwe):

- dietetyka,
- fizjoterapia,
- pielęgniarstwo,
- położnictwo,
- ratownictwo medyczne,
- zdrowie publiczne.

³Art. 2 ust. 1 pkt 18k – „student – osoba kształcąca się na studiach wyższych”



Preferowane godziny rozpoczęcia szkolenia:**

w dni powszednie (od poniedziałku do piątku) w godzinach

w weekendy w godzinach

** podane preferencje są tylko terminami poglądowymi dla organizatora, żeby ustalić harmonogram najbardziej dogodny dla uczestników, nie są wiążące dla realizacji projektu

Źródło informacji o projekcie:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ulotki / plakaty | <input type="checkbox"/> prasa |
| <input type="checkbox"/> Internet (www, FB) | <input type="checkbox"/> radio |
| <input type="checkbox"/> przekaz słowny (znajomi, rodzina, nauczyciele)) | <input type="checkbox"/> telewizja |
| | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |



1.6. OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(UWAGA ! – proszę o uważne przeczytanie i podpisanie każdego z dwóch oświadczeń. Jest to niezbędne do udziału w projekcie).

Imię i
Nazwisko _____
Adres _____
PESEL _____

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w Regulaminie rekrutacji i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim. Jednocześnie akceptuję warunki Regulaminu i zobowiązuję się uczestniczyć we wszystkich usługach projektu „Podniesienie kompetencji studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i zwiększenie konkurencyjności absolwentów na rynku pracy”, realizowanego w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Oś priorytetowa: III. Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju; Działanie: 3.1 Kompetencje w szkolnictwie wyższym

Miejsce _____ dnia _____
Podpis kandydata

1. Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego na celu określenie moich predyspozycji do udziału w Projekcie.
2. Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej, tj. Europejskiego Funduszu Społecznego i Budżetu Państwa.
3. Mam świadomość, że szkolenie może odbywać się w miejscowości innej niż miejsce mojego zamieszkania.
4. Jestem świadomy/a, że złożenie Formularza Rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.
5. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie i po zakończeniu udziału w Projekcie.
6. Zobowiązuję się do systematycznego uczęszczania na zajęcia i czynnego udziału w szkoleniach.
7. Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że w/w dane są zgodne z prawdą.

Miejsce _____ dnia _____
Podpis kandydata

1.7. OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O ZGODZIE NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Podniesienie kompetencji studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i zwiększenie konkurencyjności absolwentów na rynku pracy**” (dalej: „Projekt”) oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Minister Rozwoju pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy Plac Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do zbioru Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470),
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. poz. 1146, z późn. zm.);
 - 2) w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
 - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące



wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).

3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Podniesienie kompetencji studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i zwiększenie konkurencyjności absolwentów na rynku pracy”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - **Narodowemu Centrum Badań i Rozwoju z siedzibą w Warszawie** (kod pocztowy: 00-695), przy ul. Nowogrodzka 47a, beneficjentowi realizującemu projekt - Uniwersytetowi Medycznemu im. Piastów Śląskich we Wrocławiu oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – Partner: Fundacja Absolwentów UMCS, ul. Kołłątaja 3, 20 – 006 Lublin.
Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta i Partnera. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.
5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
8. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU**

⁴W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna



1.8. OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW DOSTĘPU

Ja, niżej podpisany/a,

Imię i

Nazwisko _____

Adres _____

PESEL _____

oświadczam, że spełniam kryteria dostępu do Projektu:

jestem studentem ostatniego/ostatnich dwóch semestrów studiów stacjonarnych I/ II stopnia kierunku: dietetyka, fizjoterapia, pielęgniarstwo, położnictwo, ratownictwo medyczne, zdrowie publiczne realizowanych na Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.⁴

POUCZENIE

Pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że dane przedstawione w formularzu rekrutacyjnym odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis uczestnika projektu

⁵Niewłaściwe skreślić



DECYZJA REKRUTACYJNA:

Rozmowa rekrutacyjna prowadzona przez Komisję Rekrutacyjną odbyła się w dniu:.....

Komisja Rekrutacyjna **zakwalifikowała** / **nie zakwalifikowała** (niepotrzebne skreślić)

Pana/Panią

.....
do udziału w ścieżce

w ramach projektu „**Podniesienie kompetencji studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i zwiększenie konkurencyjności absolwentów na rynku pracy**”:

Uzasadnienie: Kandydat **spełnia wymogi kwalifikacyjne** / **nie spełnia wymogów kwalifikacyjnych** (niepotrzebne skreślić) warunkujące uczestnictwo w szkoleniu oraz **złożył** / **nie złożył** (niepotrzebne skreślić) wszystkie wymagane dokumenty rekrutacyjne w wymaganym terminie.

Uzasadnienie : Kandydat spełnia wymogi kwalifikacyjne/ nie spełnia wymogów kwalifikacyjnych (niepotrzebne skreślić) warunkujące uczestnictwo w projekcie oraz

Podpisy członków komisji

Przewodniczący

Członkowie
