



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 2 do Regulaminu Lokalnych Zawodów Symulacji Medycznej „OlSim”
w ramach projektu nr POWR.05.03.00-00-0011/15
pn. „Program rozwojowy Wydziału Nauk Medycznych (po zm. WL i WNoZ/SzZP) UWM w Olsztynie”

Data wpływu:	
Numer zgłoszenia:	

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY CZŁONKA ZESPOŁU

UWAGA!

Przed rozpoczęciem wypełniania formularza zgłoszeniowego należy zapoznać się z Regulaminem Lokalnych Zawodów Symulacji Medycznej „OlSim”. Regulamin dostępny jest na stronie www.bip.uwm.edu.pl, www.csm.uwm.edu.pl oraz w Zakładzie Dydaktyki i Symulacji Medycznej Collegium Medicum z Centrum Symulacji Medycznej przy ul. Warszawskiej 30 w Olsztynie, pok. 207.

I. CZĘŚĆ WYPEŁNIANA PRZEZ KANDYDATA/KĘ

DANE PERSONALNE

Imię: Nazwisko:

Telefon kontaktowy: Adres e-mail:

WNIOSKOWANY RODZAJ WSPARCIA W RAMACH PROJEKTU

Nazwa formy wsparcia: **LOKALNE ZAWODY SYMULACJI MEDYCZNEJ**

KRYTERIA KWALIFIKOWALNOŚCI UPRAWNIAJĄCE DO UDZIAŁU W PROJEKCIE (Proszę wypełnić właściwie)

☐ Jestem studentem/ką Wydziału Lekarskiego/Szkoły Zdrowia Publicznego¹ UWM, roku, semestru I stopnia/II stopnia/jednolitych magisterskich¹ studiów stacjonarnych w języku polskim na kierunku lekarskim/pielęgniarstwo¹.

1) Jestem zaangażowany/a w pracę koła naukowego/kół naukowych:
.....
(Nazwa koła naukowego/kół naukowych)

2) Średnia z ocen uzyskanych w semestrze poprzedzającym aplikowanie do projektu, tj. w semestrze, obliczona z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku wynosi

Akceptacja Władz Wydziału Lekarskiego/Szkoły Zdrowia Publicznego¹

.....
/Podpis i pieczęć/

¹ Niepotrzebne skreślić



OŚWIADCZENIA

- 1) Zapoznałem/łam się z Regulaminem Lokalnych Zawodów Symulacji Medycznej „OISim”, akceptuję jego warunki i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
- 2) Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie pn. „Program rozwojowy Wydziału Nauk Medycznych (po zm. WL i WNoZ/SzZP) UWM w Olsztynie”.
- 3) Wyrażam zgodę na otrzymywanie na wskazany adres e-mailowy informacji związanych z projektem, w tym dotyczących rekrutacji.
- 4) Zostałem/łam poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- 5) Korzystam z pierwszej/kolejnej¹ formy wsparcia w ramach projektu.
- 6) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby projektu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- 7) Podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Zostałem pouczone o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS

¹ Niepotrzebne skreślić

II. CZĘŚĆ WYPEŁNIANA PRZEZ KOMISJĘ REKRUTACYJNĄ

DECYZJA

Pan/Pani

- ☐ został/a zakwalifikowany/a do udzielenia wsparcia w ramach projektu
- ☐ został/a zakwalifikowany/a do udzielenia wsparcia w ramach projektu, ale zgłoszenie zamieszczono na liście rezerwowej
- ☐ nie został/a zakwalifikowany/a do udzielenia wsparcia w ramach projektu

Uzasadnienie:

.....
.....

Data: Podpis przewodniczącego komisji: