

Załącznik nr 1

do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie nr POWR.05.03.00-00-0011/15
pn. „Program rozwojowy Wydziału Nauk Medycznych UWM w Olsztynie”

Data wpływu:	
Numer zgłoszenia:	

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

UWAGA!

Przed rozpoczęciem wypełniania formularza zgłoszeniowego należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie nr POWR.05.03.00-00-0011/15 pn. „Program rozwojowy Wydziału Nauk Medycznych UWM w Olsztynie”. Regulamin dostępny jest na stronie www.bip.uwm.edu.pl, www.uwm.edu.pl/wnm oraz Biurze projektu przy ul. Prawocheńskiego 9, pok. 117 (Stara Kotłownia).

I. CZĘŚĆ WYPEŁNIANA PRZEZ KANDYDATA/KE

DANE PERSONALNE

Imię: Nazwisko:

Telefon kontaktowy: Adres e-mail:

WNIOSKOWANY RODZAJ WSPARCIA W RAMACH PROJEKTU

Nazwa formy wsparcia:

KRYTERIA KWALIFIKOWALNOŚCI UPRAWNIAJĄCE DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

(Proszę wypełnić właściwie)

- ☐ Jestem pracownikiem Wydziału Nauk Medycznych UWM i prowadzę zajęcia z przedmiotu/ów zawierającego/yh treści do realizacji z wykorzystaniem symulacji medycznej

.....

.....

(Nazwa przedmiotu/przedmiotów)

- 1) Posiadam doświadczenie w prowadzeniu zajęć dydaktycznych, które wynosi
- 2) Deklaruję prowadzenie zajęć z wykorzystaniem symulacji medycznej na kierunku lekarskim/pielęgniarstwo¹ w okresie realizacji projektu.

Akceptacja Dziekana Wydziału Nauk Medycznych

.....

/Podpis i pieczęć/

- ☐ Jestem studentem/ką Wydziału Nauk Medycznych 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 Dziekana Wydziału Nauk Medycznych

.....

/Podpis i pieczęć/

OŚWIADCZENIA

- 1) Zapoznałam/łam się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie nr POWR.05.03.00-00-0011/15 pn. „Program rozwojowy Wydziału Nauk Medycznych UWM w Olsztynie” z późn. zm., akceptuję jego warunki i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
- 2) Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie określone w regulaminie.
- 3) Wyrażam zgodę na otrzymywanie na wskazany adres e-mailowy informacji związanych z projektem, w tym dotyczących rekrutacji.
- 4) Zostałam/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 ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.).
- 7) Podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Zostałam pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS

¹ Niepotrzebne skreślić

3) 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: