



Załącznik nr 1

do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie 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

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 (po zm. WL i WNoZ/SzZP) UWM w Olsztynie”. 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/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 Lekarskiego/Szkoły Zdrowia Publicznego¹ UWM i prowadzę zajęcia z przedmiotu/ów zawierającego/ych 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 Władz Wydziału Lekarskiego/Szkoły Zdrowia Publicznego¹

.....
/Podpis i pieczęć/

- ☐ 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

- Zapoznałam/łem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie nr POWR.05.03.00-00-0011/15 pn. „Program rozwojowy Wydziału Nauk Medycznych (po zm. WL i WNoZ/SzZP) UWM w Olsztynie” z późn. zm., akceptuję jego warunki i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
- Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie określone w regulaminie.
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie na wskazany adres e-mailowy informacji związanych z projektem, w tym dotyczących rekrutacji.
- Zostałam/łam poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- Korzystam z pierwszej/kolejnej¹ formy wsparcia w ramach projektu.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby projektu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- 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

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: