

DO REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA
w szkoleniach/kursach realizowanych w ramach projektu:
"NurseFormers – Pielęgniarka Przyszłości" w ramach
Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego
2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego
Funduszu Rozwoju Społecznego Plus, nr projektu
FERS.01.05-IP.08-0296/23-00.

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Dane Uczestnika projektu: „NurseFormers – Pielęgniarka Przyszłości” FERS.01.05-IP.08-0296/23-00)

należy zaznaczyć X przy właściwej formie wsparcia

a) studenci kier. pielęgniarstwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach (Zadania 1-5 projektu):

studenci I roku I stopnia

- ☐ Szkolenie z wykorzystaniem fabularnej gry edukacyjnej „Body Wars”
- ☐ Szkolenie z wykorzystaniem cyfrowego narzędzia modułowego - trenażera „Nurse Helper”
- ☐ Szkolenie z wykorzystaniem aplikacji webowej „Human Care – diagnostyka i opieka”
- ☐ Umiejętne zarządzanie stresem

studenci I lub II roku I stopnia

- ☐ Przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu
- ☐ Kurs z zakresu ograniczeń i potrzeb osób niepełnosprawnych z wykorzystaniem symulatora niepełnosprawności w wirtualnej rzeczywistości VR

b) kadra prowadząca dydaktykę na kierunku pielęgniarstwo Wydziału Nauk o Zdrowiu Śląskiego
Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (Zadania 6-9 projektu):

- ☐ Szkolenie z zakresu materiałów e-learningowych
- ☐ Szkolenia z obsługi oraz wykorzystania VR i narzędzi grywalizacyjnych w dydaktyce
- ☐ Podstawy metodyczne obliczania śladu węglowego
- ☐ Szkolenie z zakresu komunikacji międzykulturowej.

I. ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH POWIERZONYCH DO PRZETWARZANIA

1. Obywatelstwo

- ☐ Obywatelstwo polskie
- ☐ Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE
- ☐ Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec

2. Rodzaj Uczestnika:

- ☐ student : kierunek wydział..... stopień..... rok.....
- ☐ pracownik

3. Imię:

4. Nazwisko:

5. PESEL: ☐ Brak PESEL

6. Płeć:



7. Wiek w chwili przystąpienia do projektu:

8. Wykształcenie:

- ☐ średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)
- ☐ ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)
- ☐ wyższe (ISCED 5-8)

Dane kontaktowe uczestnika:

1. Kraj:
2. Województwo:
3. Powiat:
4. Gmina:
5. Miejscowość:
6. Ulica:
7. Nr budynku:
8. Nr lokalu:
9. Kod pocztowy:
10. Telefon kontaktowy:
11. Adres e-mail:

(każdy uczestnik musi podać telefon kontaktowy oraz adres e-mail).

Szczegóły wsparcia

1. Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:

- ☐ Osoba bezrobotna
- ☐ Osoba bierna zawodowo
- ☐ Osoba pracująca

W przypadku zaznaczenia „Osoba bezrobotna” proszę o uzupełnienie niniejszych informacji:

- ☐ Osoba długotrwale bezrobotna
- ☐ Inne

W przypadku zaznaczenia „Osoba bierna zawodowo” proszę o uzupełnienie niniejszych informacji:

- ☐ Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
- ☐ Osoba ucząca się/ odbywająca kształcenie
- ☐ Inne

W przypadku zaznaczenia „Osoba pracująca” proszę o uzupełnienie niniejszych informacji:

- ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek
- ☐ osoba pracująca w administracji rządowej
- ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty]
- ☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej
- ☐ osoba pracująca w MMŚP
- ☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
- ☐ osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą
- ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)
- ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)
- ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)



- ☐ osoba pracująca na uczelni
- ☐ osoba pracująca w instytucie naukowym
- ☐ osoba pracująca w instytucie badawczym
- ☐ osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz
- ☐ osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym
- ☐ osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki
- ☐ osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej
- ☐ Inne

Specjalne potrzeby:

- ☐ Konieczność dostosowania przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową
Jeśli TAK, proszę opisać jakie:.....
- ☐ Konieczność zapewnienia tłumacza języka migowego
- ☐ Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie
- ☐ Alternatywne formy materiałów szkoleniowych np. zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką
- ☐ Inne specjalne potrzeby
jakie:.....

II. DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

„NurseFormers – Pielęgniarka Przyszłości” nr FERS.01.05-IP.08-0296/23-00 realizowanym przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż:

1. zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu pn. „NurseFormers – Pielęgniarka Przyszłości” Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Społecznego Plus, nr projektu FERS.01.05-IP.08-0296/23-00. realizowanym przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach;
2. spełniam wszystkie wymogi formalne i zasady udziału określone w Regulaminie Projektu;
3. zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Społecznego Plus;
4. zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Społecznego Plus;
5. wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych;
6. zostałem poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia;
7. zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej;
8. zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
9. oświadczam, że dane zawarte w Kwestionariuszu Osobowym/Formularzu Zgłoszeniowym oraz ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis

Załącznik nr 2 do REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA

w ramach projektu pt.: „*NurseFormers – Pielęgniarka Przyszłości*” FERS.01.05-IP.08-0296/23-00

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn.: „*NurseFormers – Pielęgniarka Przyszłości*” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w odniesieniu do zbioru „Program Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego Europejskiego Funduszu Społecznego Plus” oraz do zbioru „Centralny system teleinformatyczny CST2021” na podstawie
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2021/1060 z 24 czerwca 2021 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej (Dz.Urz. UE L 261 z dn. 22 lipca 2021, str. 58),
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r.; ustanawiającego Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylającego rozporządzenie (UE) nr 1296/2013 (Dz. Urz. UE L 231 z dn. 30 czerwca 2021 r.)
 - c) Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz.U.2022.1079)
 - d) Ustawy z 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego,
 - e) Ustawy z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „*NurseFormers – Pielęgniarka Przyszłości*” w szczególności celu monitorowania, sprawozdawczości, komunikacji, publikacji, ewaluacji, zarządzania finansowego, weryfikacji i audytów oraz do celów określania kwalifikowalności uczestników w ramach FERS EFS Plus.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - **Narodowemu Centrum Badań i Rozwoju, ul. Chmielna 69, 00-801 Warszawa**, beneficjentowi realizującemu Projekt – **Śląskiemu Uniwersytetowi Medycznemu w Katowicach ul. Poniatowskiego 15, 40 – 055 Katowice** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach FERS EFS Plus.
5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę 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. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie moje dane osobowe takie jak imię (imiona), nazwisko, PESEL, nr projektu, data rozpoczęcia udziału w projekcie, data zakończenia udziału w projekcie, kod tytułu ubezpieczenia, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia wypadkowego mogą być przetwarzane w zbiorze „Zbiór danych osobowych z ZUS”, którego administratorem jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (FERS EFS Plus):

- 1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2021/1060 z 24 czerwca 2021 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej,
- 2) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013 (Dz. Urz. UE L 231 z 30.06.2021, str. 21, z późn. zm.)
- 3) ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027

Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – **Narodowe Centrum Badań i Rozwoju, ul. Chmielna 69, 00-801 Warszawa**, beneficjentowi realizującemu projekt **Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, ul. Poniatowskiego 15, 40 – 055 Katowice** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027.

9. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
11. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (FERS EFS Plus).
12. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@sum.edu.pl.
13. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
14. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia.
15. Potwierdzam zapoznanie się z informacjami wynikającymi z art. 13 i art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA
PROJEKTU



Załącznik nr 3 do REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA

Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania

Dane uczestnika projektu otrzymującego wsparcie:

<i>Kraj</i>	<i>Rodzaj uczestnika</i>	
<i>Imię</i>	<i>Nazwisko</i>	<i>Pesel</i>
<i>Płeć</i>	<i>Wiek w chwili przystąpienia do projektu</i>	<i>Wykształcenie</i>

Dane kontaktowe:

<i>Województwo</i>	<i>Powiat</i>	<i>Gmina</i>
<i>Miejscowość</i>	<i>Ulica</i>	
<i>Nr budynku</i>	<i>Nr lokalu</i>	<i>Kod pocztowy</i>
<i>Obszar wg stopnia urbanizacji(DEGURBA)</i>	<i>Telefon kontaktowy</i>	<i>Adres e-mail</i>

Szczegóły i rodzaj wsparcia:

<i>Data rozpoczęcia udziału w projekcie</i>
<i>Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu</i>
<i>Wykonywany zawód</i>
<i>Zatrudniony w</i>

.....
(data i podpis Uczestnika projektu)



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 4 do REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA

w ramach zadań nr 1-5 projektu pt.: „*NurseFormers – Pielęgniarka Przyszłości*”

FERS.01.05-IP.08-0296/23-00

OŚWIADCZENIE O KWALIFIKOWALNOŚCI UCZESTNIKA DO PROJEKTU

Potwierdzam, iż Pan/Pani (numer indeksu)
jest studentem/studentką* roku stopnia na kierunku: pielęgniarstwo
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

.....
miejscowość i data potwierdzenie Dziekanatu
*- proszę podkreślić właściwe



Załącznik nr 5 do REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA

w ramach zadań nr 6-9 projektu pt.: „*NurseFormers – Pielęgniarka Przyszłości*”

FERS.01.05-IP.08-0296/23-00

ZGODA NA UCZESTNICTWO W PROJEKCIE

Oświadczam, że posiadam*:

- ☐ min. 2-letnie doświadczenie w pracy na stanowisku dydaktyka
- ☐ poświadczoną min. 1 aktywność dot. rozwijania kompetencji w obszarze pielęgniarstwa (np. udział w szkoleniu, konferencji, publikacja naukowa)
- ☐ poświadczoną min. 1 inną aktywność w środowisku akademickim (np. opieka w kołach naukowych, organizacja wydarzeń akademickich, udział w komisjach)

.....
(data i podpis Uczestnika projektu)

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie „*NurseFormers – Pielęgniarka Przyszłości*” Pana/Pani

.....
(imię, nazwisko i miejsce zatrudnienia).

.....
Data i podpis bezpośredniego przełożonego

* obligatoryjne jest spełnienie min. 1 kryterium

Załącznik nr 6 do REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA

Ankieta dodatkowa określająca wskaźniki wspólne projektu.

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:

1. Osoba obcego pochodzenia:
☐ TAK
☐ NIE
☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI
2. Osoba państwa trzeciego:
☐ TAK
☐ NIE
☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI
3. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane):
☐ TAK
☐ NIE
☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI
4. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań*:
☐ TAK
☐ NIE
☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI
5. Osoba z niepełnosprawnościami:
☐ TAK
☐ NIE
☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI
6. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej):
☐ TAK
☐ NIE
☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI

*Zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach); bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą).

