

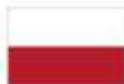
Załącznik nr 1 do REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„SIM SKILL – rozwój kompetencji praktycznych lekarzy poprzez symulację medyczną i nowoczesne technologie” (FERS.01.12-IP.07-0003/26), realizowanym przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

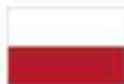
należy zaznaczyć X przy właściwej formie wsparcia

	<i>Kurs eFAST (Extended Focused Assessment with Sonography for Trauma)</i>
	<i>Zarządzanie zespołem medycznym i Crew Resource Management (CRM) w praktyce klinicznej szkolenie z wykorzystaniem symulacji medycznej</i>
	<i>Postępowanie lekarskie w zdarzeniach CBRNE/HAZMAT</i>
	<i>Neurologia dziecięca w praktyce pediatrii – od objawu do diagnozy</i>
	<i>USG prenatalne</i>
	<i>USG w ginekologii</i>
	<i>Doppler ginekologiczny</i>
	<i>Techniki laparoskopowe w ginekologii</i>
	<i>USG tarczycy krok po kroku: kurs praktyczny dla lekarzy</i>
	<i>Ochrona zdrowia w sytuacjach kryzysowych: praktyczny kurs dla lekarzy</i>
	<i>USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej</i>
	<i>Kontrola masywnych krwawień z zastosowaniem opaski uciskowej, pasów typu junctional oraz tamponady rany (packngu)</i>
	<i>Podstawy sztucznej inteligencji w diagnostyce obrazowej. Wprowadzenie do sieci neuronowych w analizie obrazów medycznych</i>
	<i>Praktyczne zastosowanie AI w analizie obrazów medycznych</i>
	<i>Analiza danych klinicznych z wykorzystaniem sztucznej inteligencji</i>

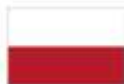


PROSIMY O WYPEŁNIENIE PONIŻSZYCH DANYCH:

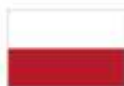
DANE IDENTYFIKACYJNE UCZESTNIKA/ UCZESTNICZKI PROJEKTU (należy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami)											
1.	IMIĘ										
2.	NAZWISKO										
3.	PESEL										
4.	INNY IDENTYFIKATOR <i>(tylko osoba nieposiadająca PESEL)</i>										
5.	PŁEĆ		KOBIETA		MĘŻCZYZNA						
6.	WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU										
7.	WYKSZTAŁCENIE <i>(zaznaczyć jedną odповідь, właściwą do najwyższego poziomu uzyskanego wykształcenia)</i>	ŚREDNIE I LUB NIŻSZE									
		PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) LUB POLICEALNE (ISCED 4)									
		WYŻSZE (ISCED 5-8)									
8.	NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU										
9.	DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU (Proszę wpisać dane zgodnie z określonym zakresem dla danego pola)										
10.	KRAJ	OBYWATELSTWO POLSKIE									
		BRAK POLSKIEGO OBYWATELSTWA – OBYWATEL KRAJU UE									
		BRAK POLSKIEGO OBYWATELSTWA LUB UE – OBYWATEL KRAJU SPOZA UE/ BEZPAŃSTWOWIEC									
11.	WOJEWÓDZTWO <i>(podać tylko jeśli wskazano kraj Polska)</i>										
12.	POWIAT <i>(podać tylko jeśli wskazano kraj Polska)</i>										
13.	GMINA <i>(podać tylko jeśli wskazano kraj Polska)</i>										
14.	MIEJSCOWOŚĆ										
15.	KOD POCZTOWY										



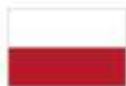
16.	TELEFON KONTAKTOWY		
17.	ADRES E-MAIL		
18.	STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU – wybierz jedną z poniższych odpowiedzi A lub B lub C lub D lub E:		
A	OSOBOWA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W URZĘDZIE PRACY		OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA
			INNE
B	OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY		OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA
			INNE
C	OSOBA BIERNA ZAWODOWO		OSOBA UCZĄCA SIĘ
			OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB UCZENIU SIĘ
			INNE
D	OSOBA PRACUJĄCA		W PODMIOCIE WYKONUJĄCYM DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
			OSOBA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK
			NA UCZELNI
			W INSTYTUCIE NAUKOWYM
			W INSTYTUCIE BADAWCZYM
			W INSTYTUCIE DZIAŁAJĄCYM W RAMACH SIECI BADAWCZEJ ŁUKASIEWICZ
			W MIĘDZYNARODOWYM INSTYTUCIE NAUKOWYM
			DLA FEDERACJI PODMIOTÓW SYSTEMU SZKOLNICTWA WYŻSZEGO I NAUKI
			INNE
E	WYKONYWANY ZAWÓD (wypełnia osoba pracującą) - wybierz jedną z poniższych odpowiedzi:		LEKARZ/ LEKARKA
			LEKARZ DENTYSTA/ LEKARKA DENTYSTKA
19.	ZATRUDNIOWY/ZATRUDNIONA W		
A	MIEJSCE		



B	ADRES	
20.	STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU – w każdej pozycji A, B, C, D, E, F wybierz jedną odpowiedź:	
A	OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA	TAK
		NIE
		ODMOWA PODANIA INFORMACJI
B	OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ *	TAK
		NIE
		ODMOWA PODANIA INFORMACJI
C	OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA	TAK
		NIE
		ODMOWA PODANIA INFORMACJI
D	OSOBA PRZEBYWAJĄCA W GOSPODARSTWIE DOMOWYM BEZ OSÓB PRACUJĄCYCH	TAK ^{D*}
		NIE
		ODMOWA PODANIA INFORMACJI
D*	<i>jeśli TAK, to czy w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu:</i>	TAK
		NIE
E	OSOBA ŻYJĄCA W GOSPODARSTWIE SKŁADAJĄCYM SIĘ Z JEDNEJ OSOBY DOROSŁEJ I DZIECI POZOSTAJĄCYCH NA UTRZYMANIU	TAK
		NIE
		ODMOWA PODANIA INFORMACJI
F	OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (INNEJ NIŻ WYMIENIONE POWYŻEJ)	TAK
		NIE
		ODMOWA PODANIA INFORMACJI
PREFEROWANY ZAKRES I RODZAJ WSPARCIA W RAMACH PROJEKTU (Proszę zaznaczyć „X” wszystkie odpowiadające warianty)		



	DZIAŁANIA NA TERENIE UCZELNI	W TYM		KURS TEORETYCZNY
	WIZYTA U PRACODAWCY			KURS PRAKTYCZNY



I. DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKcie

„SIM SKILL – rozwój kompetencji praktycznych lekarzy poprzez symulację medyczną i nowoczesne technologie” (FERS.01.12-IP.07-0003/26), realizowanym przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż:

1. zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu pn. „SIM SKILL – rozwój kompetencji praktycznych lekarzy poprzez symulację medyczną i nowoczesne technologie”, nr FERS.01.12-IP.07-0003/26, realizowanym przez;
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 Społecznego Plus.
4. zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
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

**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/szpitala, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą).*