**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**„Wdrożenie Programu Rozwojowego w oparciu o Wieloprofilowe Centrum Symulacji Medycznej Uniwersytetu Opolskiego”**

Wdrożenie programu Pacjent Standaryzowany (PS)

Uwaga: Należy wypełniać **tylko białe pola**

**I.INFORMACJE O PROJEKCIE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Numer umowy / decyzji / aneksu** | | **Nazwa beneficjenta** | |
| POWR.05.03.00-00-0003/18-00 | | Uniwersytet Opolski | |
| **Tytuł projektu** | | | |
| **„Wdrożenie Programu Rozwojowego w oparciu o Wieloprofilowe Centrum Symulacji Medycznej Uniwersytetu Opolskiego”** | | | |
| **Okres realizacji projektu (uzupełniane przez Personel Projektu)** | | | |
| **Od** | 02.11.2018 | **Do** | 30.06.2023 |

**II.DANE UCZESTNIKA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj uczestnika** | indywidualny | | | |
| **Kraj pochodzenia** |  | | | |
| **Nazwisko** | | **Imię** | | **PESEL** |
|  | |  | |  |
| **Płeć** | | **Wiek w chwili przystąpienia do projektu** | **Wykształcenie** | |
| 🗆 K 🗆 M | |  | 🗆 ponadgimnazjalne  🗆 policealne  🗆 wyższe | |
| **Waga** | | **Wzrost** | **Krótki opis wyglądu fizycznego** | |
|  | |  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** | |
| **🗆** osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  🗆 w tym: osoba długotrwale bezrobotna  🗆 osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  🗆 osoba bierna zawodowo  🗆 osoba pracująca | |
| **Wykonywany zawód** | **Zatrudniony w** |
|  |  |

**III. DANE KONTAKTOWE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Województwo** | **Powiat** | **Gmina** |
|  |  |  |
| **Miejscowość** | **Ulica** | **Poczta** |
|  |  |  |
| **Nr budynku** | **Nr lokalu** | **Kod pocztowy** |
|  |  |  |
| **Telefon kontaktowy** | **Adres e-mail** | |
|  |  | |

IV. INFORMACJE O UCZESTNIKU PROJEKTU

|  |  |
| --- | --- |
| **Obecny stan zdrowia** | 🗆 bardzo dobry  🗆 dobry  🗆 umiarkowany  🗆 zły |
| **Choroby przewlekłe** |  |
| **Przebyte zabiegi operacyjne** |  |
| **Dotychczasowe doświadczenia aktorskie** | 🗆 Tak 🗆 Nie  Jakie: |
| **Dotychczasowe doświadczenia z nauczaniem** | 🗆 Tak 🗆 Nie  Jakie: |
| **Dodatkowe umiejętności** |  |
| **Osoba z niepełnosprawnościami** | 🗆 Tak 🗆 Nie |

**V. ANKIETA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Preferowany rodzaj zaangażowania w projekcie „Symulowany Pacjent”** | 🗆 udział w zajęciach praktycznych  🗆 udział w egzaminach klinicznych  🗆 udział w badaniach naukowych dotyczących edukacji medycznej |
| **Podczas niektórych zajęć konieczne będzie przeprowadzenie u Symulowanego Pacjenta badania fizykalnego (np. osłuchiwanie klatki piersiowej) i/lub określonych nieinwazyjnych procedur medycznych (np. pomiar ciśnienia tętniczego), które jednak nie przekraczają sfer intymnych. Czy wyraża Pan/Pani zgodę na takie badania?** | |
| 🗆 TAK 🗆 NIE | |
| **Niektóre zajęcia praktyczne oraz egzaminy kliniczne będą nagrywane w celu ich późniejszego omówienia ze studentami. Czy wyraża Pan/ Pani zgodę na nagrywanie i udostępnianie swojego wizerunku w ww. celu?** | |
| 🗆 TAK 🗆 NIE | |
| **Preferowany przez Pana/Panią zakres zaangażowania w projekcie „ Symulowany pacjent”** | 🗆 okresowa aktywność  🗆 regularna (stała) aktywność |
| **Zajęcia ze studentami będą odbywać się w różnych godzinach (od 8:30-19:15). W jakich godzinach jest Pan/Pani dyspozycyjny/a?** |  |

**VI. OŚWIADCZAM, ŻE:**

* Wyrażam chęć udziału w projekcie
* Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego zapisy
* Zostałem/łam poinformowany(a), że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz budżetu państwa

### Wyrażam dobrowolną zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z *art. 6. ust. 1 pkt. b, Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz. Urz. UE L Nr 119, str. 1)*

*Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet Opolski z siedzibą przy pl. Kopernika 11a, 45-040 Opole.*

1. Administrator danych osobowych powołał Inspektora Ochrony Danych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: iod@uni.opole.pl, poprzez formularz na stronie: http://iod.uni.opole.pl/kontakt/ lub pisząc na adres: Uniwersytet Opolski - Inspektor Ochrony Danych Osobowych, pl. Kopernika 11a, 45-040 Opole. Dane dotyczące Inspektora Ochrony Danych są dostępne na stronie internetowej http://iod.uni.opole.pl.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach:

* ***realizacji projektu „Wdrożenie Programu Rozwojowego w oparciu o Wieloprofilowe Centrum Symulacji Medycznej Uniwersytetu Opolskiego”***
* archiwalnych i statystycznych.

1. Podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, do jakich zostały zebrane.
2. Dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym, z wyłączeniem podmiotów które na zlecenie Uniwersytetu Opolskiego prowadzą działania umożliwiające realizację projektu oraz z wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa.
3. Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państw trzecich;
4. Dane przechowywane będą przez okres czasu wynikający z przepisów prawa dotyczącymi: podatków, prowadzenia rachunkowości, kodeksu cywilnego (roszczeń oraz windykacji należności), wymagań dot. trwałości projektu.
5. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w przetwarzaniu danych osobowych.
6. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz z zastrzeżeniem przepisów prawa: prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu.

* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, szkolenia, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Beneficjenta projektu z obowiązków sprawozdawczych wobec Narodowego Centrum Badań i Rozwoju.
* Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, przetwarzanych przez Beneficjenta projektu.
* Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a, że dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym wprowadzane są do systemu sl2014, którego celem jest gromadzenie informacji na temat osób i instytucji korzystających ze wsparcia w ramach EFS, oraz określenie efektywności realizowanych zadań w procesie badań ewaluacyjnych.
* Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych lub innych badaniach ewaluacyjnych, które odbędą się w trakcie realizacji Projektu i po jego zakończeniu.
* Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku zgodnie z art.81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U. z 2006 r. Nr 90, poz. 631, z późniejszymi zmianami do celów promocyjnych, na przykład w opracowanych raportach, biuletynie).

**Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z****art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.**

*………………………………………………*

*data i podpis*

Opole, ……………………

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

„Wdrożenie Programu Rozwojowego w oparciu o Wieloprofilowe Centrum Symulacji Medycznej Uniwersytetu Opolskiego”

Ja, niżej podpisana/y

................................................................................................................................,

(imię i nazwisko)

deklaruję udział w Projekcie „Wdrożenie Programu Rozwojowego w oparciu o Wieloprofilowe Centrum Symulacji Medycznej Uniwersytetu Opolskiego”, realizowanym przez Uniwersytet Opolski.

…………………………………

(podpis)