



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do Programu „Pacjent Standaryzowany” - Zadanie 15

*Instrukcja wypełniania formularza:
Proszę o wpisanie wymaganych informacji drukowanymi literami*

I. Kryteria dostępu

| | SPEŁNIA | NIE SPEŁNIA |
|---|--|-------------|
| | <i>wypełnia pracownik Biura Projektu</i> | |
| Oświadczam, że spełniam wszystkie kryteria uczestnictwa w programie „Pacjent Standaryzowany”, tzn. (zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce/uzupełnić): | | |
| <input type="checkbox"/> jestem osobą powyżej 18 roku życia | | |
| <input type="checkbox"/> jestem osobą gotową do wyuczenia się roli pacjenta i odgrywania jej w sposób powtarzalny | | |
| <input type="checkbox"/> nie cierpię na zaburzenia psychiczne, uzależnienie od środków psychotropowych | | |
| <input type="checkbox"/> nie jestem w procesie żałoby (nie utraciłem/am nikogo bliskiego w ciągu ostatnich dwóch lat) | | |
| <input type="checkbox"/> wyrażam gotowość do uczestnictwa w zajęciach z elementami badania fizykalnego przeprowadzanego przez studenta (m.in. dotyk, badanie określonych części ciała, zdjęcie zewnętrznej garderoby) | | |
| <input type="checkbox"/> nie doświadczyłem/am traumy | | |
| data | czytelny podpis | |



II. Dane osobowe

| | | | | |
|---|--|-----------------|---------|-------------|
| Imię | | Nazwisko | | |
| Płeć | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna | Wiek | | |
| Adres zamieszkania | Ulica | | Nr domu | Nr lokalu |
| | Kod pocztowy | Miejscowość | | Województwo |
| | Gmina | | Powiat | |
| Adres do korespondencji (jeśli jest inny powyżej): | Ulica | | Nr domu | Nr lokalu |
| | Kod pocztowy | Miejscowość | | Województwo |
| | Gmina | | Powiat | |
| Telefon kontaktowy | | | | |
| Adres e-mail | | | | |

III. Proponowane wynagrodzenie za udział pacjenta standaryzowanego w zajęciach dydaktycznych/ egzaminie OSCE

| Wynagrodzenie | Kwota brutto |
|--------------------------------------|--------------|
| Stawka za godzinę dydaktyczną | 40 zł |



IV. Oświadczenia

Uprzedzony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń wynikających z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.)

1. Oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym *Formularzu zgłoszeniowym* dane są zgodne z prawdą.

Dodatkowo:

2. Jestem świadomy/a, że koszt uczestnictwa w Programie „Pacjent Standaryzowany” realizowany w ramach projekt pn. "Innowacyjne kształcenie na kierunku Pielęgniarstwo - utworzenie Centrum Symulacji Medycznej w PWSZ w Krośnie", nr POWR.05.03.00-00-0076/17 realizowanego przez Państwową Wyższą Szkołę Zawodową im. Stanisława Pigionia w Krośnie w partnerstwie z Wojewódzkim Szpitalem Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, Oś priorytetowa V. Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych pokrywany jest w całości ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz budżetu państwa.

3. Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym mającym określić moje predyspozycje do udziału w Programie/projekcie.

4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem programu „Pacjent Standaryzowany” realizowanego w ramach projektu pn. "Innowacyjne kształcenie na kierunku Pielęgniarstwo - utworzenie Centrum Symulacji Medycznej w PWSZ w Krośnie", nr POWR.05.03.00-00-0076/17 i akceptuję jego treść, a w przypadku, gdy zostanę zakwalifikowany/a do udziału w Programie, zobowiązuję się przestrzegać postanowień w/w regulaminu.

5. Nie zamierzam powierzać podwykonawcy/om niniejszego zamówienia.

6. Jestem świadomy/-a, że zajęcia będą prowadzone w Monoprofilowym Centrum Symulacji Medycznej w PWSZ w Krośnie, ul. Kazimierza Wielkiego 6.

7. W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń.

8. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w programie „Pacjent Standaryzowany” w ramach Projektu.

9. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich uzupełnienia.

10. Wyrażam zgodę na nieodpłatne, nieograniczone czasowo i ilościowo wykorzystanie mojego wizerunku poprzez wykonanie zdjęcia/zdjęć oraz nagrywanie materiału/materiałów audiowizualnego/audiowizualnych podczas działań prowadzonych w ramach projektu pn. "Innowacyjne kształcenie na kierunku Pielęgniarstwo - utworzenie Centrum Symulacji Medycznej w PWSZ w Krośnie" oraz umieszczanie ich w materiałach informacyjnych i promocyjnych, które będą rozpowszechniane drogą elektroniczną oraz w formie drukowanej. Zdjęcia oraz nagrane materiały audiowizualne zostaną wykorzystane wyłącznie do celów dydaktycznych oraz promocji i komunikacji projektu pn. "Innowacyjne kształcenie na kierunku Pielęgniarstwo - utworzenie Centrum Symulacji Medycznej w PWSZ w Krośnie".

.....
data

.....
czytelny podpis