**FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO PROJEKTU NR POWR.05.02.00-00-0004/20**

**„Poprawa jakości informacji medycznej dzięki wzrostowi kompetencji, wiedzy oraz umiejętności pracowników podmiotów leczniczych w zakresie prawidłowego posługiwanie się klasyfikacją ICD-11 (I etap prac)”**

|  |
| --- |
| **Wskazanie formy szkolenia, którego dotyczy zgłoszenie i grupy docelowej** *(Kandydat/Kandydatka musi należeć do grupy docelowej do której kierowana jest zaznaczona forma szkolenia)* |
| **Forma szkolenia** | **Grupa docelowa:**  |
| [ ]  szkolenie e-learningowe  | [ ]  pracownik Narodowego Funduszu Zdrowia zajmujący się rozliczeniami świadczeń opieki zdrowotnej lub prowadzeniem analiz na podstawie danych przekazywanych do Funduszu przez podmioty lecznicze[ ]  pracownik podmiotu leczniczego posiadającego umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia:[ ]  osoba wykonująca zawód medyczny[ ]  pracownik administracyjny (IT, dział statystki, inne) |
| [ ]  warsztat  | [ ]  pracownik dydaktyczny uczelni medycznej lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego[ ]  pracownik powiatowej stacji powiatowo-epidemiologicznej, zatrudniony w sekcji epidemiologii lub epidemiolog zatrudniony w uniwersytecie medycznym lub instytucie naukowo-badawczym[ ]  osoba zatrudniona przez Główny Urząd Statystyczny do kodowania przyczyn zgonu (koder przyczyn zgonu) |
| **1. Dane uczestnika** |
| Imię i nazwisko |  |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| W przypadku braku numeru PESEL | Płeć: [ ]  Kobieta [ ]  Mężczyzna  | Wiek w chwili przystępowania do projektu:  |
| Posiadane wykształcenie /typ szkół *(zaznaczyć właściwe – tylko jeden checkbox)* | [ ]  ISCED 1 podstawowe - Szkoła podstawowa [ ]  ISCED 2 gimnazjalne - Gimnazjum [ ]  ISCED 3 ponadgimnazjalne - Liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa [ ]  ISCED 4 policealne - Szkoły policealne [ ]  ISCED 5 – 8 – wykształcenie wyższe |
| **2. Dane kontaktowe uczestnika** |
| Województwo  |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica  |  |
| Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| **3. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu**  |
| **Status na rynku pracy**  |
| [ ]  **1. Osoba pracująca, w tym:** | [ ]  Osoba pracująca w administracji rządowej[ ]  Osoba pracująca w administracji samorządowej[ ]  Osoba pracująca w MMŚP[ ]  Osoba pracująca w organizacji pozarządowej[ ]  Osoba prowadząca działalność na własny rachunek[ ]  Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie[ ]  Inne |
| **Miejsce zatrudnienia**  | **Nazwa instytucji**  |  |
|  | **Adres** |  |
| **Oświadczenie składane w przypadku pracowników podmiotów leczniczych:**  |  [ ]  Oświadczam, że jestem zatrudniony/a w podmiocie leczniczym posiadającym umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia **Pouczenie:** *Uczestnik ponosi odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, co wynika z ogólnych przepisów Kodeksu Cywilnego.* |
| **Wykonywany zawód** | [ ] pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia - *zaznaczyć w przypadku pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia, pracowników podmiotów leczniczych, pracowników powiatowej stacji powiatowo-epidemiologicznej, zatrudniony w sekcji epidemiologii lub epidemiolog zatrudniony w uniwersytecie medycznym lub instytucie naukowo-badawczym*[ ] pracownik instytucji szkolnictwa wyższego- *zaznaczyć w przypadku pracowników dydaktycznych uczelni medycznej lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego*[ ] inny - *zaznaczyć w przypadku osób zatrudnionych przez Główny Urząd Statystyczny do kodowania przyczyn zgonu*  |
| **2.** [ ]  **Osoba niepracująca (wypełniane w przypadku osób, które nie zaznaczyły kategorii osoba pracująca)**  |
| **4. Pozostałe informacje** |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | [ ] Tak [ ] Nie[ ] Odmowa podania informacji  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | [ ] Tak [ ] Nie  |
| Osoba z niepełnosprawnościami | [ ] Tak [ ] Nie[ ] Odmowa podania informacji  |
| Czy w związku z powyższą informacją zgłasza Pan/Pani specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności | [ ] Tak (jakie): [ ] Nie |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | [ ] Tak [ ] Nie[ ] Odmowa podania informacji  |
| **4. Deklaracje, oświadczenia**  |
| 1. DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE nr POWR.05.02.00-00-0004/20, pn. „Poprawa jakości informacji medycznej dzięki wzrostowi kompetencji, wiedzy oraz umiejętności pracowników podmiotów leczniczych w zakresie prawidłowego posługiwanie się klasyfikacją ICD-11 (I etap prac)” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś Priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych
2. Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:
3. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. Poprawa jakości informacji medycznej dzięki wzrostowi kompetencji, wiedzy oraz umiejętności pracowników podmiotów leczniczych w zakresie prawidłowego posługiwanie się klasyfikacją ICD-11 (I etap prac)”, nr POWR.05.02.00-00-0004/2, realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 przez Ministerstwo Zdrowia – Departament Lecznictwa w partnerstwie z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego oraz Centrum e-Zdrowia, akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie;
4. Spełniam wszystkie wymogi formalne i zasady udziału określone w Regulaminie Projektu;
5. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Osi priorytetowej V Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020;
6. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
7. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych niezbędnych w procesie realizacji projektu;
8. Zostałem/am poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia;
9. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych, którego celem jest udoskonalenie oferowanej dotychczas pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb przyszłych uczestników, prowadzonych przez MZ - Lidera projektu lub CMKP - Partnera projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej;
10. Przyjmuję do wiadomości i potwierdzam, że w przypadku włączenia przeze mnie kamery i mikrofonu w  ramach zadawania pytań lub dyskusji w trakcie Szkolenia udzielam tym samym zgody na korzystanie, utrwalanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku, głosu oraz podanych przeze mnie danych osobowych i innych udostępnionych przeze mnie informacji, w ramach szkolenia online, w celach związanych z pytaniami, dyskusją, a także w celach dokumentacyjnych, związanych z rozliczaniem szkoleń zgodnie z zasadami Projektu;
11. Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
12. Oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym, załączone dokumenty oraz ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
13. Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie;
14. Zobowiązuję się do uczestnictwa w szkoleniu;
15. Zobowiązuję się do wypełniania wszelkich wymaganych dokumentów niezbędnych w procesie realizacji projektu, w tym m. in. list obecności, testów weryfikujących wiedzę, arkusza oceny szkolenia;
16. Zostałem poinformowany o prawie bycia zapomnianym, sprostowania oraz zgłaszania naruszeń;
17. Wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących (nr telefonu) dla celów realizacji projektu.
 |
| czytelny podpis własnoręczny  |  |
| data podpisania |  |