Deklaracja uczestnictwa w projekcie pn. „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu” dla kadry CSM

**DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY:**

Imię i nazwisko:

……………………………………………………………………………………………………………

nr telefonu:

……………………………………………………..……………………………………………………..

PESEL:

……………………………………………………………………………………………………………

e-mail:

……………………………………………………………………………………………………………

**STATUS ZATRUDNIENIA W UCZELNI ŁAZARSKIEGO:**

Jestem zatrudniony/a w Uczelni Łazarskiego na podstawie:

umowy o pracę

umowy cywilno-prawnej

Prowadzę/będę prowadzić zajęcia dydaktyczne w Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence:

Tak

Nie

Zajmuję się obsługą techniczną zajęć realizowanych w Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence:

Tak

Nie

Posiadam stopień naukowy na poziomie min. doktora (dotyczy kadry dydaktycznej):

Tak

Nie

Nie dotyczy

Posiadam min. 5 letnie doświadczenie praktyczne w obszarze ochrony zdrowia (dotyczy kadry technicznej):

Tak

Nie

Nie dotyczy

**STATUS OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ:**

- posiadam orzeczenie o niepełnosprawności

* orzeczenie nr .............................................................. z dnia ................................., wydane przez .......................................................................................................................................
* czy masz indywidualne oczekiwania i potrzeby względem procesu rekrutacji projektu np. stosowanie wskazanej przez Ciebie formy kontaktu z personelem projektu, dodatkowe zaprezentowanie informacji o rekrutacji we wskazanej przez Ciebie formie, inne – podaj je:

 .................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................
................................................................................................................................................

- nie posiadam orzeczenia o niepełnosprawności

**MOTYWACJA DO PODNOSZENIA KOMPETENCJI I/LUB KWALIFIKACJI:**

Określ swoją motywację do podnoszenia kompetencji i/lub kwalifikacji zawodowych w skali od 1 do 5
(gdzie 1 to – niska motywacja/brak motywacji, a 5 to – bardzo wysoka motywacja)

- 0

- 1

- 2

- 3

- 4

- 5

KOŃCOWA DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE:

Ja, niżej podpisana/y, deklaruję chęć udziału we wszystkich formach wsparcie realizowanych w ramach projektu pn. „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość w kształceniu” (nr projektu POWR.05.03.00-00-0005/18) realizowanego przez Uczelnię Łazarskiego, współfinansowanego przy udziale środków
z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Działanie 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, iż dane podane w niniejszej Deklaracji są zgodne z prawdą. Oświadczam, również że zapoznałem/am się z *Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Centrum Symulacji Medycznych MedExcellence. Doskonałość
w kształceniu” dla kadry dydaktycznej i technicznej Centrum Symulacji Medycznej MedExcellence – Wydziału Medycznego Uczelni Łazarskiego*, dostępnym na stronie internetowej Projektu i w Biurze Rekrutacji / Biurze Projektu, akceptuję jego warunki i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Warszawa, dnia: ……………………..

……………………………

*(Czytelny podpis)*

**PRZYJĘCIE DEKLARACJI DO BIURA REKRUTACJI/BIURA PROJEKTU**:

Data przyjęcia: ………………………………………….

Podpis osoby przyjmującej: ……………………….……