Poznań 02.09.2021 r.

**Zasady rekrutacji na kurs EuSim Simulation Instructor Course Level 1 (międzynarodowy)   
- Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, w ramach realizacji projektu:**

Kurs "Techniki pozaustrojowego wspomagania funkcji życiowych z wykorzystaniem ECMO"   
- realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020   
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego,

**ogłasza rekrutację na wyjazd na kurs EuSim Simulation Instructor Course Level 1 (międzynarodowy) – Bilthoven, Niderlandia, w dniach 30.09-2.10.2021**

Szczegółowe informacje na temat konferencji dostępne są na stronie internetowej:  <https://eusim.org./calendar/>.

1. **Uczestnicy:**

* 1. W rekrutacji mogą wziąć udział pracownicy naukowo- dydaktyczni i techniczni Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz zaangażowani merytorycznie w projekty realizowane w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, których beneficjentem jest Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
  2. W celu zgłoszenia się należy wypełnić załączony FORMULARZ OSOBOWY UCZESTNIKA PROJEKTU, oraz FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY, podpisać je i wysłać oryginał na adres UMP, Ul. Fredry 10, pokój 143
  3. Ilość osób, które zostaną zakwalifikowane na wyjazd: 2

1. **Rekrutacja:**
   1. Kwalifikacja odbywać się będzie na podstawie następujących kryteriów:
2. osoba zaangażowana w pracę na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu - 1 pkt za każdy rok pracy.
3. osoba odpowiedzialna za wykonanie zadań w Projekcie "Techniki pozaustrojowego wspomagania funkcji życiowych z wykorzystaniem ECMO" w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu’’ – 10 pkt.
4. współorganizacja kursu o tematyce ECMO z wykorzystaniem metod symulacyjnych – 3 pkt. za każdy kurs.
5. koordynacja programu (projektu) POWER – 1 pkt.
6. niezbędna znajomość języka angielskiego.
   1. W przypadku uzyskania równoważnej liczby punktów, o kwalifikacji do wyjazdu decyduje Komisja Rekrutacyjna.
   2. Po zakończeniu rekrutacji zostanie sporządzona lista podstawowa oraz lista rezerwowa uczestników chętnych do udziału w kursie EuSim Simulation Instructor Course Level 1. Lista podstawowa obejmować będzie 2 osoby, których wnioski uzyskają najwyższą ocenę.
   3. Osoby zakwalifikowane do wyjazdu na konferencję zobowiązane będą do podpisania przed otrzymaniem wsparcia Oświadczenia uczestnika projektu zgodnie z umową o dofinansowanie projektu. Odmowa podpisania oświadczenia równoznaczne jest z rezygnacją z wyjazdu.
   4. Nie ma możliwości rezygnacji z udziału w wyjeździe na konferencję, z wyjątkiem sytuacji losowych. Miejsce osoby, która zrezygnowała z udziału w kursie zajmuje osoba z listy rezerwowej, na podstawie wyniku rekrutacji.
7. **Realizacja:**
   1. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu zobowiązuje się do pokrycia kosztów udziału w konferencji, przeznaczonych w szczególności na sfinansowanie:
8. kosztów biletów lotniczych,
9. kosztów zakwaterowania i diet,
10. opłaty konferencyjnej,
11. ubezpieczenia
12. **Termin rekrutacji: do 13.09.2021 r.**

**FORMULARZ OSOBOWY UCZESTNIKA PROJEKTU**

**,,Realizacja Programu Rozwojowego w zakresie Symulacji Medycznej w Uniwersytecie Medycznym   
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu’’ nr POWR.05.03.00-00-0005/15-00**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA** | | | | | | |
| Kraj | |  | | | | |
| Imię | | Nazwisko | | | | |
| Pesel | | Płeć | | | Kobieta | Mężczyzna |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu | |  | | | | |
| Wykształcenie | | | | | | |
| Gimnazjalne | Policealne | | | | Ponadgimnazjalne | Wyższe |
| **DANE KONTAKTOWE** | | | | | | |
| Województwo | Powiat | | | | Gmina | |
| Miejscowość | Ulica | | | | Nr budynku | Nr lokalu |
| Kod pocztowy | Nr telefonu | | | | Email | |
| **SZCZEGÓŁY WSPARCIA** | | | | | | |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** | | | | | | |
| **Bezrobotny** | | Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | | | |
| Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | | | |
| Osoba bierna zawodowo | Osoba ucząca się | | | |
| Osoba nieuczestnicząca w szkoleniu lub kształceniu | | | |
| **Zatrudniony** | | Osoba pracująca w administracji rządowej | | | | |
| Osoba pracująca w administracji samorządowej | | | | |
| Inne | | | | |
| Osoba pracująca w MMŚP | | | | |
| Osoba pracująca w organizacji pozarządowej | | | | |
| Osoba prowadząca działalność na własny rachunek | | | | |
| Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie | | | | |
| **Wykonywany zawód** | | Inny | | | | |
| Instruktor praktycznej nauki zawodu | | | | |
| Nauczyciel kształcenia ogólnego | | | | |
| Nauczyciel wychowania przedszkolnego | | | | |
| Nauczyciel kształcenia zawodowego | | | | |
| Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia | | | | |
| Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej | | | | |
| Pracownik instytucji rynku pracy | | | | |
| Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego | | | | |
| Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej | | | | |
| Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej | | | | |
| Pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej | | | | |
| Rolnik | | | | |
| **Miejsce pracy** | |  | | | | |
| **STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU** | | | | | | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | | | Nie | | |
| Odmowa podania informacji | | |
| Tak | | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | | Nie | | |
| Tak | | |
| Osoba z niepełnosprawnościami | | | | Nie | | |
| Odmowa podania informacji | | |
| Tak | | |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione) | | | | Nie | | |
| Tak | | |
| Odmowa podania informacji | | |

Oświadczam, że

1. Zostałem/am poinformowany/a, iż projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój;
2. Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń i jednocześnie potwierdzam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą,
3. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie.

**…………………………………………………….**

**Czytelny podpis uczestnika**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA KURS EUSIM SIMULATION INSTRUCTOR COURSE LEVEL 1 (MIĘDZYNARODOWY)   
– BILTHOVEN, HOLANDIA, W DNIACH 30.09-2.10.2021**

**W RAMACH PROJEKTU KURS "TECHNIKI POZAUSTROJOWEGO WSPOMAGANIA FUNKCJI ŻYCIOWYCH   
Z WYKORZYSTANIEM ECMO" - REALIZOWANY W RAMACH PROGRAMU OPERACYJNEGO WIEDZA EDUKACJA ROZWÓJ 2014-2020 WSPÓŁFINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO**

Stopień/tytuł, imię i nazwisko kandydatki/kandydata: ..................................................................................................................

1. Telefon:

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

1. E-mail:

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

1. Miejsce zatrudnienia (nazwa wydziału, nazwa katedry, inne, adres, telefon):

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

1. Doświadczenie w pracy dydaktycznej (określić ilość lat):

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

5. Forma zaangażowania w Projekt Kurs "Techniki pozaustrojowego wspomagania funkcji życiowych z wykorzystaniem ECMO (opisać):

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

6. Współorganizacja kursu o tematyce ECMO z wykorzystaniem metod symulacyjnych (określić ilość kursów):

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

Na potwierdzenie informacji podanych powyżej dopuszczalne jest dołączenie załączników.

…………………………………………………

Podpis kandydatki/kandydata