

Poznań 24.09.2018r.

Zasady rekrutacji dla pracowników Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu na szkolenie dla instruktorów z prowadzenia zajęć we współpracy ze standaryzowanym pacjentem

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, w ramach realizacji projektu:

„Realizacja Programu Rozwojowego w zakresie Symulacji Medycznej w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” - realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego,

ogłasza rekrutację otwartą dla pracowników Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu na szkolenie instruktorów z prowadzenia zajęć we współpracy ze standaryzowanym pacjentem.

Cel kursu:

- a) Zapoznanie z zasadami prowadzenia zajęć we współpracy z symulowanym pacjentem.
- b) Poznanie z możliwościami i ograniczeniami zajęć z symulowanym pacjentem z perspektywy lekarza, psychologa i reżysera.
- c) Zapoznanie zasad pisania scenariuszy do zajęć z symulowanym pacjentem.
- d) Poznanie sprzętu wykorzystywanego podczas prowadzenia zajęć metodą symulacji niskiej, pośredniej i wysokiej wierności.
- e) Zapoznanie z zasadami konstruowania informacji zwrotnej wykorzystywanej do kształcenia w zakresie umiejętności miękkich.

Uczestnicy:

1.1 W rekrutacji mogą wziąć udział pracownicy Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu prowadzący zajęcia dydaktyczne.

1.2 W celu zgłoszenia się należy wypełnić załączony FORMULARZ OSOBOWY UCZESTNIKA PROJEKTU, FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY oraz ZGODĘ NA PRZERWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH **podpisać je**



i wysłać na adres power@ump.edu.pl. Powyższe dokumenty należy dostarczyć **w formie papierowej** na szkolenie.

2. Rekrutacja:

2.1 Kwalifikacja odbywać się będzie na podstawie następujących kryteriów:

- a) Zatrudnienie w UMP – warunek konieczny.
- b) Planowane prowadzenie zajęć w roku akademickim 2018/2019 we współpracy z symulowanym pacjentem: tak - 1 pkt, nie - 0 pkt.
- c) Osoba zaangażowana w pracę dydaktyczną różnymi metodami symulacyjnymi - 1 pkt za każdy rok pracy.

2.2 W przypadku uzyskania równoważnej liczby punktów, o kwalifikacji do szkolenia decyduje Komisja Rekrutacyjna.

2.3 Po zakończeniu rekrutacji zostanie sporządzona lista podstawowa oraz lista rezerwowa uczestników chętnych do udziału w szkoleniu dla instruktorów symulacji.

2.4 Osoby zakwalifikowane do szkolenia zobowiązane będą do podpisania przed otrzymaniem wsparcia Oświadczenia uczestnika projektu zgodnie z umową o dofinansowanie projektu. Odmowa podpisania oświadczenia równoznaczne jest z rezygnacją ze szkolenia.

2.5 Nie ma możliwości rezygnacji z udziału w szkoleniu, z wyjątkiem sytuacji losowych. Miejsce osoby, która zrezygnowała z udziału w kursie zajmuje osoba z listy rezerwowej, na podstawie wyniku rekrutacji.

3. Realizacja:

3.1 Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu zobowiązuje się do pokrycia kosztów udziału w szkoleniu, przeznaczonych w szczególności na sfinansowanie:

- a) prowadzących kurs,
- b) materiałów dydaktycznych,
- c) obsługi gastronomicznej.

4. Termin rekrutacji:

Rekrutacja otwarta ciągle od 25.09.2018 - w tym terminie będą aktywne linki z załącznikami do pobrania.

Ponadto zaleca się wszystkim zainteresowanym osobom udział w warsztatach dotyczących różnych form oceny studentów, które stanowiąc będą komplementarną część szkolenia i odbędą się dnia **29.10.2018**. Udział w warsztatach jest bezpłatny, jednak nie są one elementem realizacji Programu Rozwojowego w zakresie Symulacji Medycznej w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Obecnie przyjmowane są zapisy na I edycję szkolenia, które odbędzie się w dniu 09.10.2018.

Terminy kolejnych dwóch edycji zostaną podane w późniejszym terminie.

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			
Wyszktałenie			
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 przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	Nie
	Tak
W tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	Nie
	Tak
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	Nie
	Tak
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)	Nie
	Odmowa podania informacji
	Tak

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 DO UDZIAŁU W SZKOLENIU DLA INSTRUKTORÓW W RAMACH PROJEKTU
„REALIZACJA PROGRAMU ROZWOJOWEGO W ZAKRESIE SYMULACJI MEDYCZNEJ
W UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU” - realizowanego w ramach
Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój
2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego**

Stopień/tytuł, imię i nazwisko kandydatki/kandydata:

.....

1. Telefon:

.....

2. E-mail:

.....

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

.....

4. Doświadczenie w pracy dydaktycznej (opisać)

.....

5. Forma zaangażowania w pracę dydaktyczną metodami symulacyjnymi (opisać)

.....

Na potwierdzenie informacji podanych powyżej dopuszczalne jest dołączenie załączników.

.....
Podpis kandydatki/kandydata

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922).

Dla

Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, w ramach realizacji projektu:

„Realizacja Programu Rozwojowego w zakresie Symulacji Medycznej w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” - realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego,

.....

.....

Data

Podpis