

Poznań 02.08.2017r.

## **Zasady rekrutacji dla pracowników Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu na szkolenie dla instruktorów symulacji**

### **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 na szkolenie dla instruktorów symulacji**, które odbędzie się w II turach 4 i 5 oraz 6 i 7 września 2017 roku.

#### **Cel kursu:**

- a) Zapoznanie z zasadami uczenia osób dorosłych.
- b) Poznanie zasad pisania scenariuszy służących do kształcenia w zakresie umiejętności miękkich w oparciu o “Ogólnopolską Bazę Scenariuszy” koordynowaną i zarządzaną przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
- c) Poznanie sprzętu wykorzystywanego podczas prowadzenia zajęć metodą symulacji wysokiej wierności.
- d) Zapoznanie z zasadami konstruowania informacji zwrotnej wykorzystywanej do kształcenia w zakresie umiejętności miękkich (opis, analiza, implementacja, pytania typu A&I, debriefing w oparciu o perełki).
- e) Zapoznanie z zasadami oceny wiedzy i umiejętności miękkich studentów z wykorzystaniem symulacji wysokiej wierności.

#### **1. Uczestnicy:**

- 1.1 W rekrutacji mogą wziąć udział pracownicy naukowo dydaktyczni Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu prowadzący zajęcia metodami symulacyjnymi.
- 1.2 W celu zgłoszenia się należy wypełnić załączony FORMULARZ OSOBOWY UCZESTNIKA PROJEKTU, oraz FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY, podpisać je i wysłać na adres [power@ump.edu.pl](mailto:power@ump.edu.pl)
- 1.3 Ilość osób, które zostaną zakwalifikowane do udziału w szkoleniu: 8

## 2. Rekrutacja:

2.1 Kwalifikacja odbywać się będzie na podstawie następujących kryteriów:

- a) osoba zaangażowana w pracę dydaktyczną w Centrum Symulacji Medycznej - 5 pkt za każdy rok pracy.
- b) osoba zaangażowana w Projekt „Realizacja Programu Rozwojowego w zakresie Symulacji Medycznej w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” – 10 pkt.

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: do 16.08.2017r.

## 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			
<b>Bezrobotny</b>	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	
<b>Zatrudniony</b>	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		
<b>Wykonywany zawód</b>	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
<b>Miejsce pracy</b>	
<b>STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU</b>	
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”**

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 w Centrum Symulacji Medycznej (proszę opisać):

.....

5. Forma zaangażowania w Projekt „Realizacja Programu Rozwojowego w zakresie Symulacji Medycznej w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu”

.....

Na potwierdzenie informacji podanych powyżej dopuszczalne jest dołączenie załączników.

.....

Podpis kandydatki/kandydata