Poznań 29.11.2018 r.

**Zasady konkursu dla kadry dydaktycznej na opracowanie scenariusza z zakresu symulacji medycznej oraz wprowadzenie go do Ogólnopolskiej Bazy Scenariuszy Medycznych, w ramach projektu ,,Realizacja programu rozwojowego w zakresie symulacji medycznej   
w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu’’**

**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 konkurs dla kadry dydaktycznej na opracowanie scenariusza z zakresu symulacji medycznej oraz wprowadzenie go do ogólnopolskiej bazy scenariuszy medycznych w terminie 30 dni od ogłoszenia wyników konkursu.**

1. W konkursie mogą wziąć udział osoby lub zespoły osób prowadzące lub mające doświadczenie w realizacji zadań dydaktycznych z wykorzystaniem technik symulacji medycznej na rzecz Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu na kierunkach: lekarskim, pielęgniarstwie, położnictwie,
   1. W celu zgłoszenia się, należy wypełnić załączony FORMULARZ OSOBOWY UCZESTNIKA PROJEKTU, oraz FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY, podpisać je i wysłać na adres, lub dostarczyć osobiście do Działu Nauki Innowacji i Zarzadzania Projektami, ul. Fredry 10, 61-701 Poznań, pokój 143, z dopiskiem Konkurs- Scenariusze
   2. Zaproszenie obejmuje opracowanie maksymalnie 20 autorskich scenariuszy.
   3. Scenariusz powinien charakteryzować się interdyscyplinarnością oraz składać się z części:

1) metodologicznej,

2) dla osoby prowadzącej zajęcia,

3) dla studenta/studentki uczestniczącej w zajęciach,

4) dla pracownika technicznego.

1.4 Scenariusz powinien zawierać informacje dotyczące obszarów nauki – symulacja medyczna, ogólny opis wraz z celami kształcenia, historię pacjenta z dodatkowymi informacjami dotyczącymi jego historii medycznej, listę sprzętu niezbędnego do treningu z podziałem na sprzęt – symulatory, leki, drobny sprzęt medyczny, sprzęt jednorazowego użytku, sposób przygotowania symulatora, jego parametry podstawowe na początku i na końcu interwencji oraz parametry pacjenta, scenariusz interwencji, proponowane właściwe działanie oraz debriefing (omówienie przypadku).

1. **Kwalifikacja:**
   1. Wybór tematów i ich autorów odbywać się będzie na podstawie decyzji komisji oceniającej:
      1. Doświadczenie w pracy dydaktycznej w Centrum Symulacji Medycznej (w przypadku zespołu osób opracowujących jeden scenariusz punkty przyznawane są oddzielnie dla każdej z zaangażowanych osób)- 2 pkt za każdy rok pracy.
      2. Doświadczenie w pracy dydaktycznej dłuższe niż 2 lata (5 pkt.)
      3. Możliwość zastosowania scenariusza w warunkach symulacji medycznej – warunek niezbędny.
      4. Realizacja tematu scenariusza zgodna z załączonym wzorem (zał. 4)
      5. Wprowadzenie do Ogólnopolskiego portalu scenariusza w języku polskim i angielskim (16 pkt.)
   2. Maksymalna liczba punktów możliwa do uzyskania przez na jednego Autora wynosi 35.
   3. W przypadku uzyskania równoważnej liczby punktów, o wyborze tematu i realizującego go Autora/zespołu Autorów decyduje Komisja oceniająca.
2. Po zakończeniu konkursu zostanie sporządzona lista podstawowa oraz lista rezerwowa Autorów zakwalifikowanych do wprowadzenia opracowanego przez siebie scenariusza do Ogólnopolskiej Bazy Scenariuszy Medycznych.
3. Osoba wybrana do wprowadzenia opracowanego przez siebie scenariusza zobowiązana będzie do podpisania przed otrzymaniem wsparcia Oświadczenia uczestnika projektu zgodnie z umową o dofinansowanie projektu. Odmowa podpisania oświadczenia równoznaczna jest z rezygnacją.
4. Nie ma możliwości rezygnacji z wprowadzenia opracowanego przez siebie scenariusza z wyjątkiem sytuacji losowych. Miejsce osoby, która zrezygnowała zajmuje osoba z listy rezerwowej, na podstawie wyniku rekrutacji.
5. Prawa autorskie do opracowanego i wprowadzonego do Ogólnopolskiego Portalu Scenariuszy dzieła zgodnie z podpisaną umową przechodzi na Ministerstwo Zdrowia.
6. **Realizacja:**
   1. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu zobowiązuje się do pokrycia kosztów opracowania i wprowadzenia scenariusza z zakresu symulacji medycznej w kwocie 2 500,00 pln za scenariusz na podstawie umowy o dzieło .

**Kalendarium**

**Przesłanie zgłoszenia oraz tematu scenariusza do 15 luty 2019 r.**

**Wprowadzenie ostatecznej wersji scenariusza 30 dni od ogłoszenia wyników konkursu.**

**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 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**

1. **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W KONKURSIE DLA KADRY DYDAKTYCZNEJ NA OPRACOWNIE SCENARIUSZA Z ZAKRESU SYMULACJI MEDYCZNEJ ORAZ WPROWADZENIE GO DO OGÓLNOPOLSKIEJ BAZY SCENARIUSZY MEDYCZNYCH, W RAMACH PROJEKTU ,,REALIZACJA PROGRAMU ROZWOJOWEGO W ZAKRESIE SYMULACJI MEDYCZNEJ   
   W UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU’’**
2. Stopień/tytuł, imię i nazwisko kandydatki/kandydata: ..................................................................................................................
3. Telefon:

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

1. E-mail:

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

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

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

1. Doświadczenie w pracy dydaktycznej w Centrum Symulacji Medycznej (proszę opisać):

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

1. Doświadczenie w pracy dydaktycznej.

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

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

1. Proponowany temat scenariusza medycznego.

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

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

\*Na potwierdzenie informacji podanych powyżej dopuszczalne jest dołączenie załączników.

…………………………………………………

Podpis kandydatki/kandydata

**Zał. 3.**

**OŚWIADCZENIE (o oryginalności dzieła)**

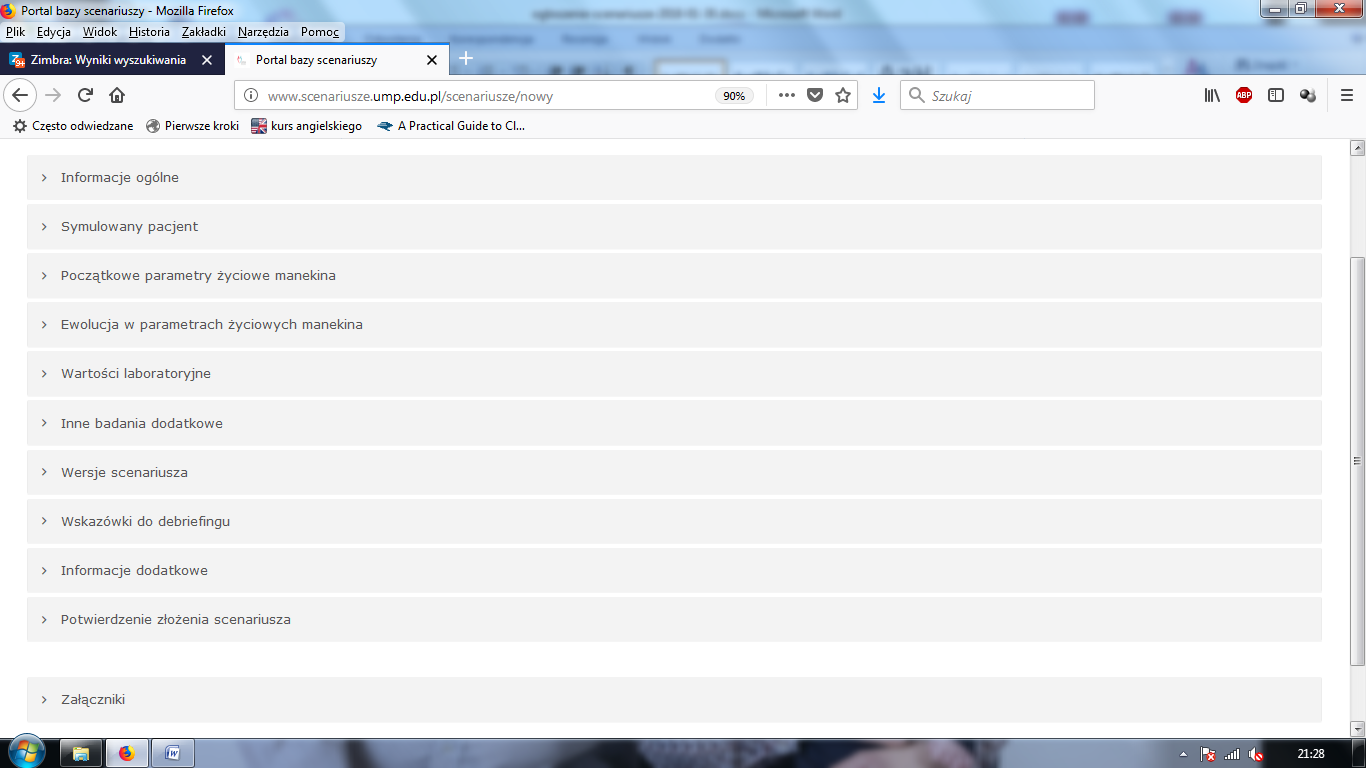
**Oświadczam, że zgłoszony przeze mnie temat scenariusza i jego treść są pracą oryginalną.**

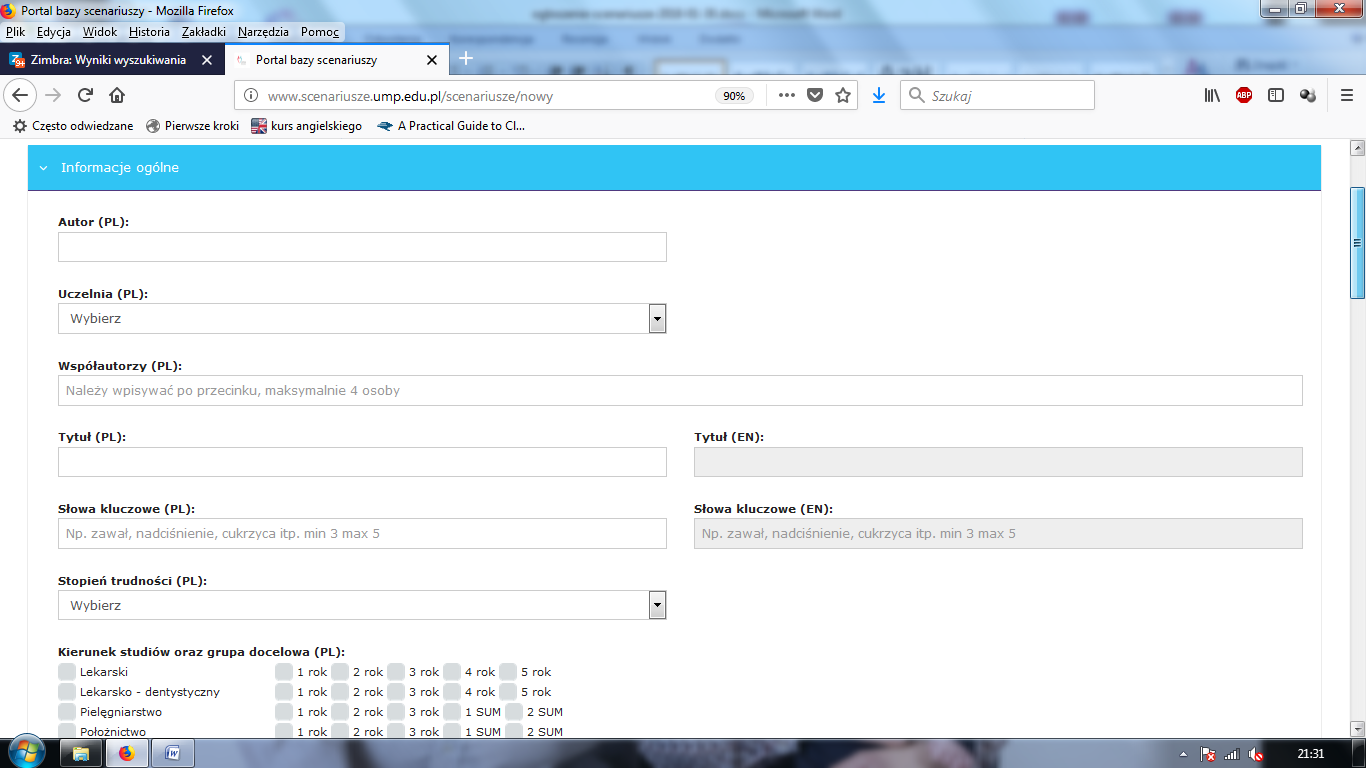
…………………………………………………

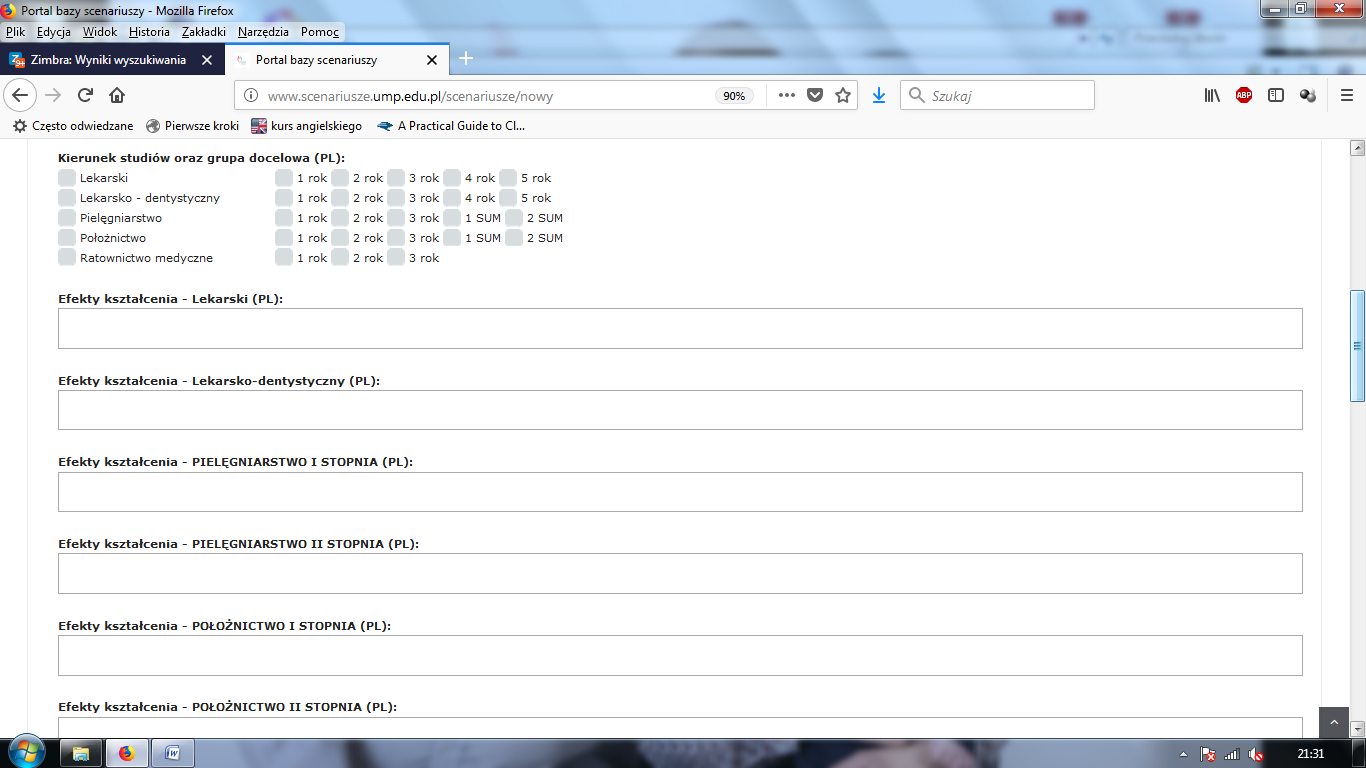
Podpis kandydatki/kandydata

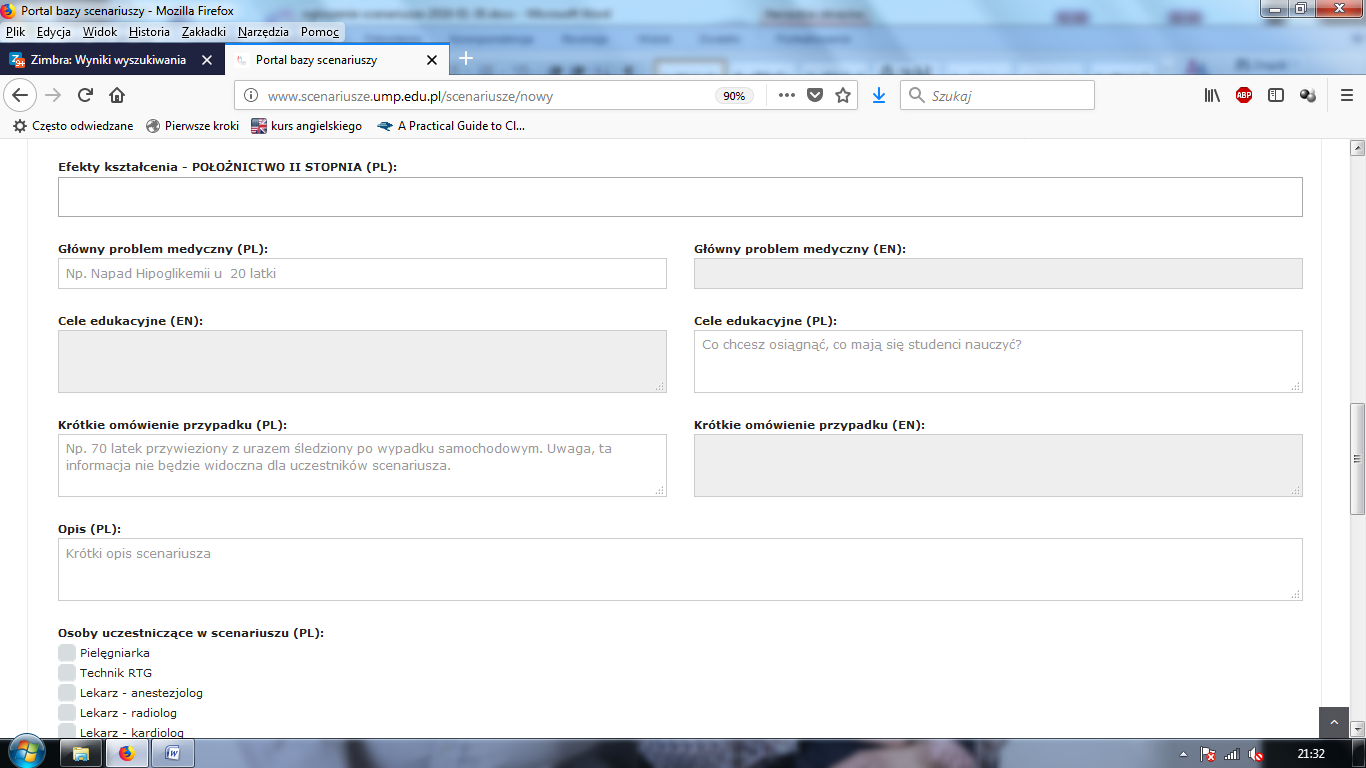
**Zał. 4.**

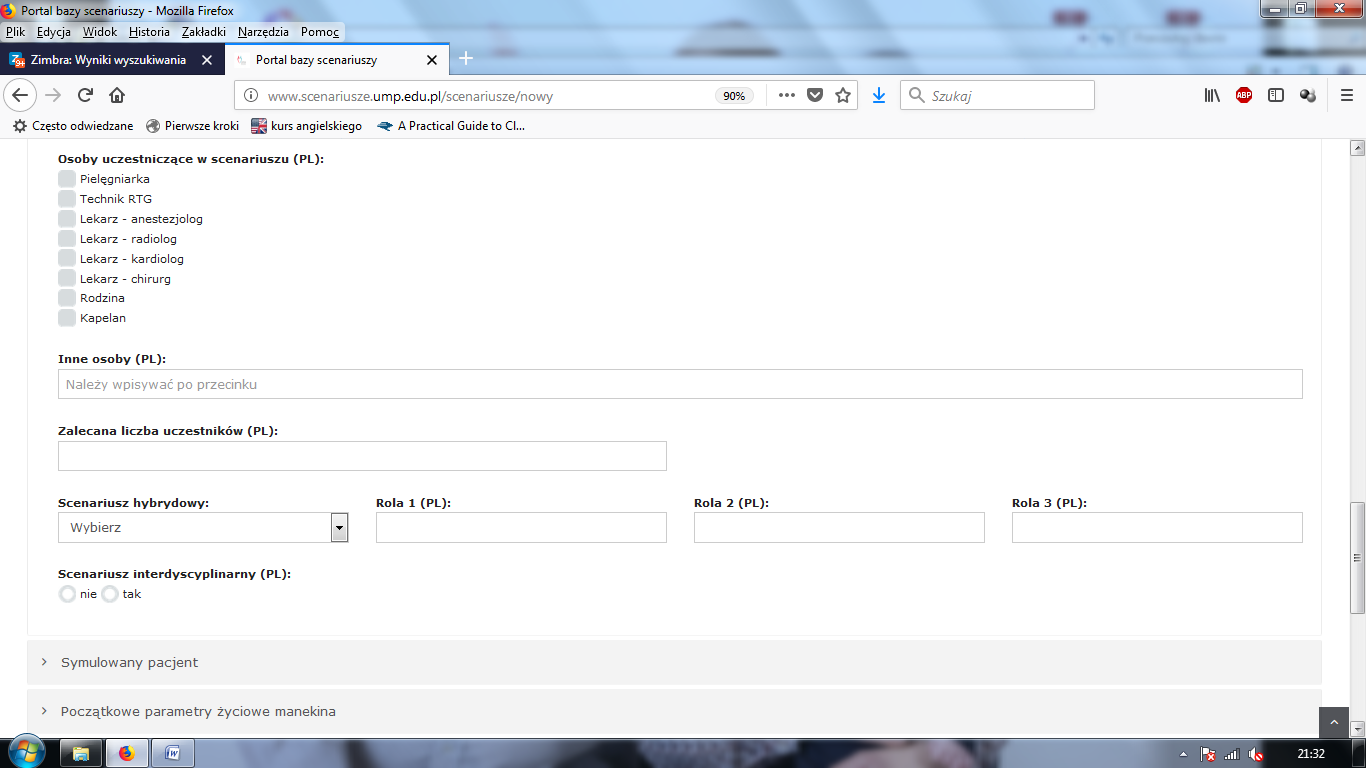
**WZÓR FORMULARZA SCENARIUSZA ZGODNY Z Ogólnopolskim Portalem Scenariuszy Medycznych**

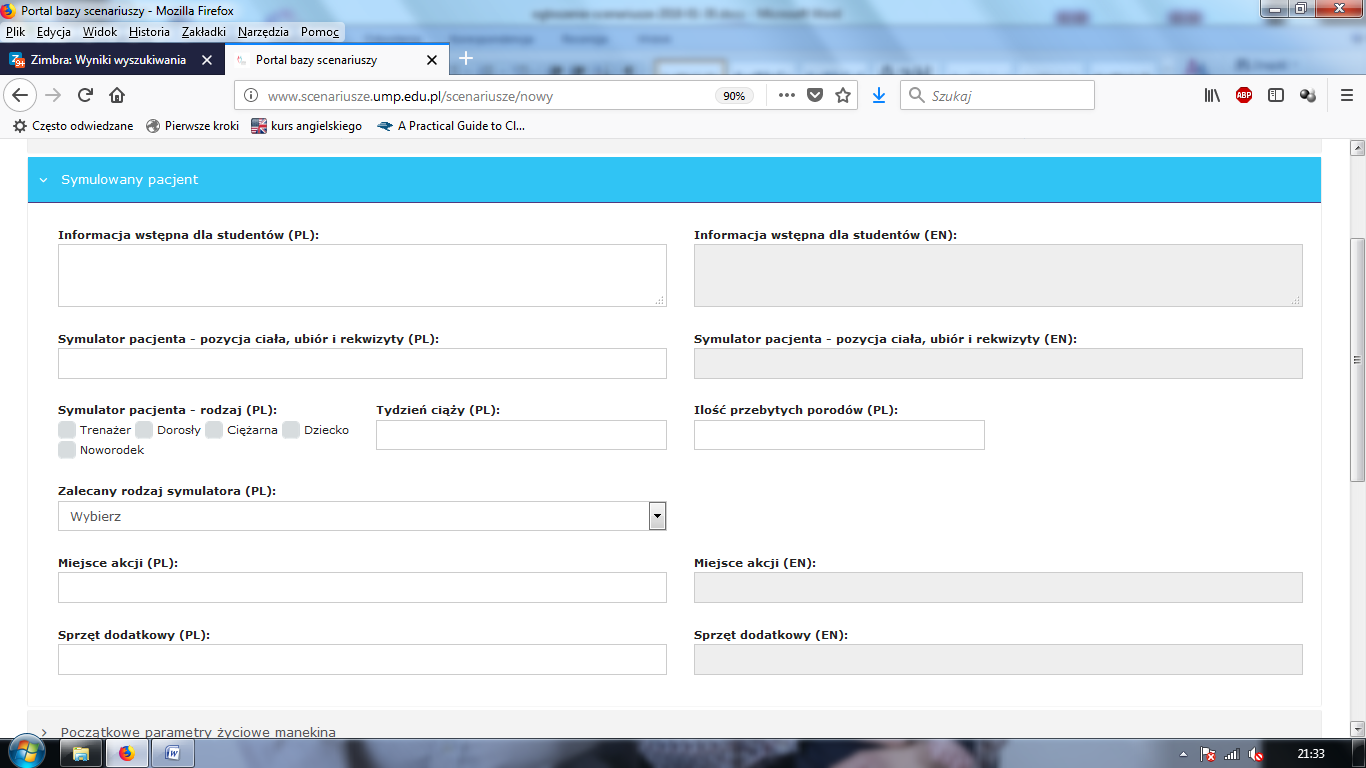
****

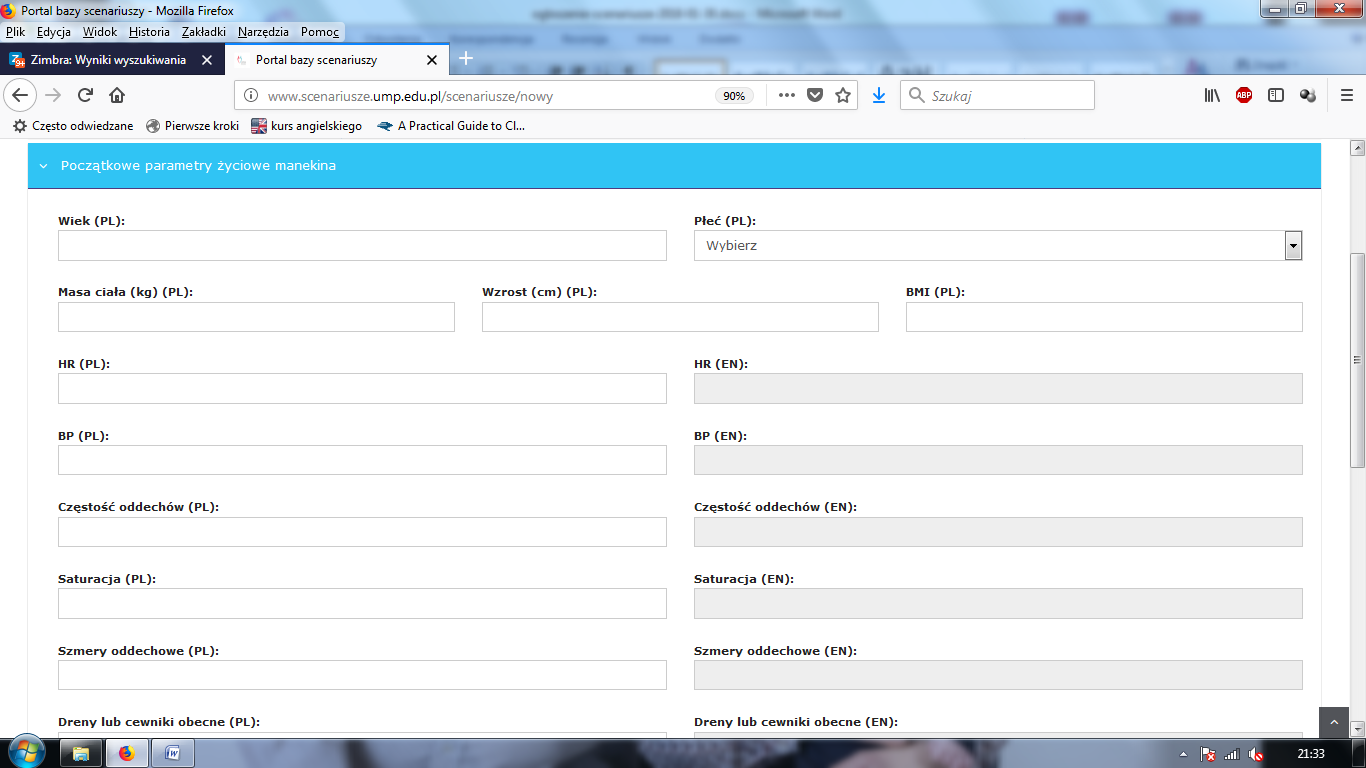
****

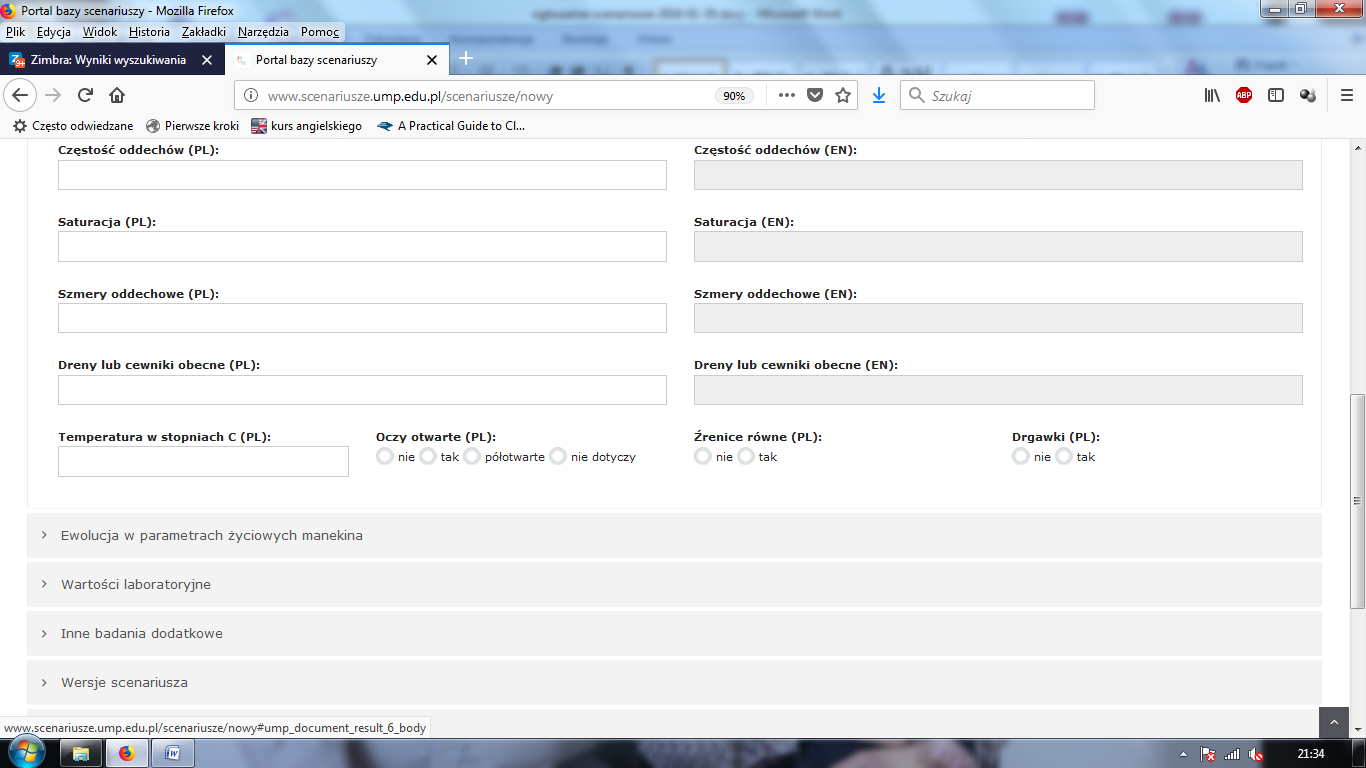
****

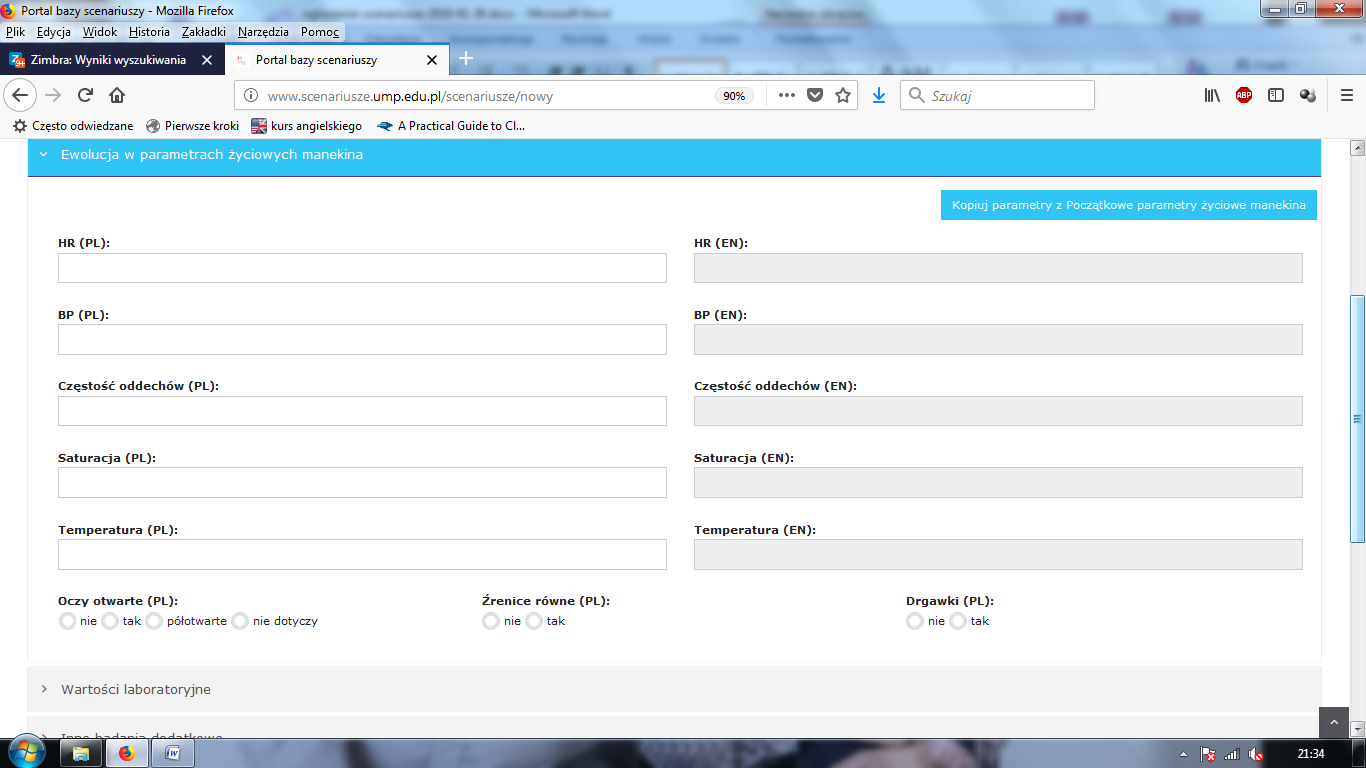
****

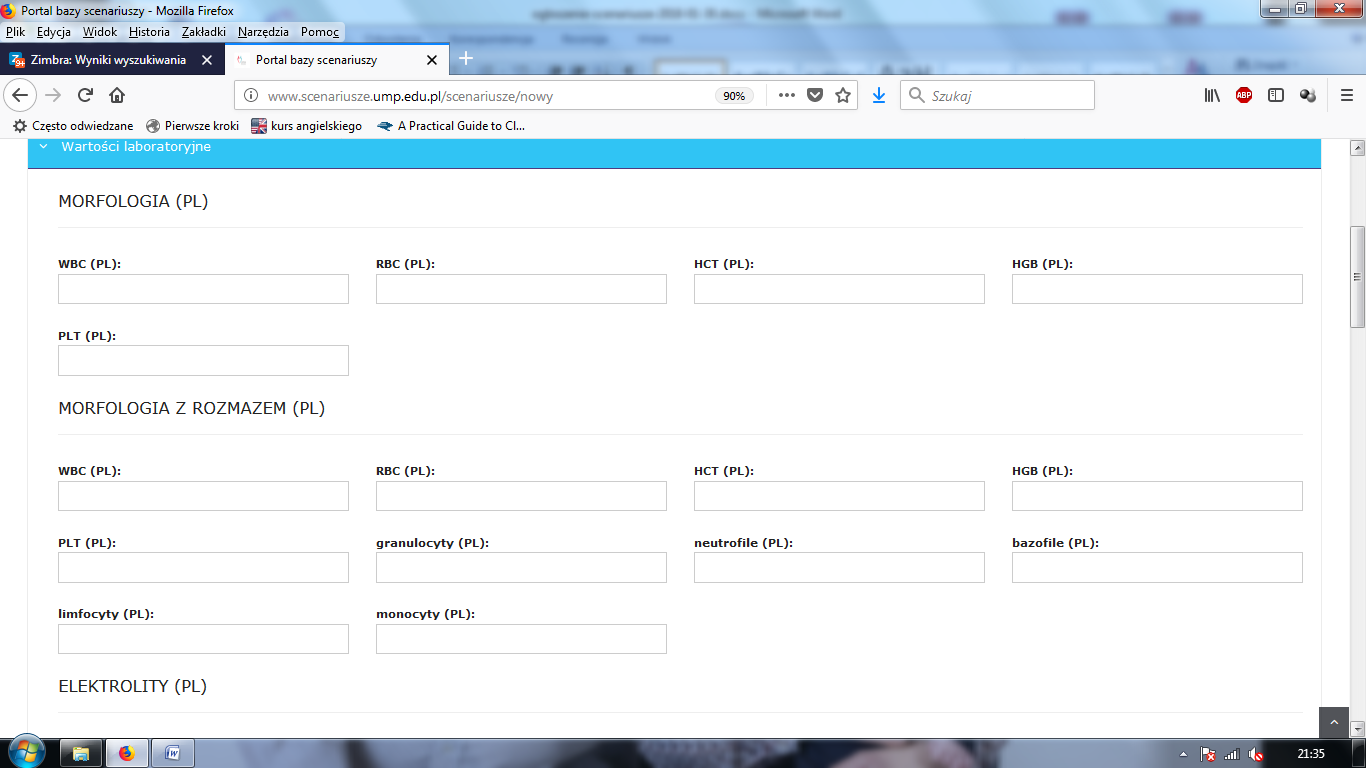
****

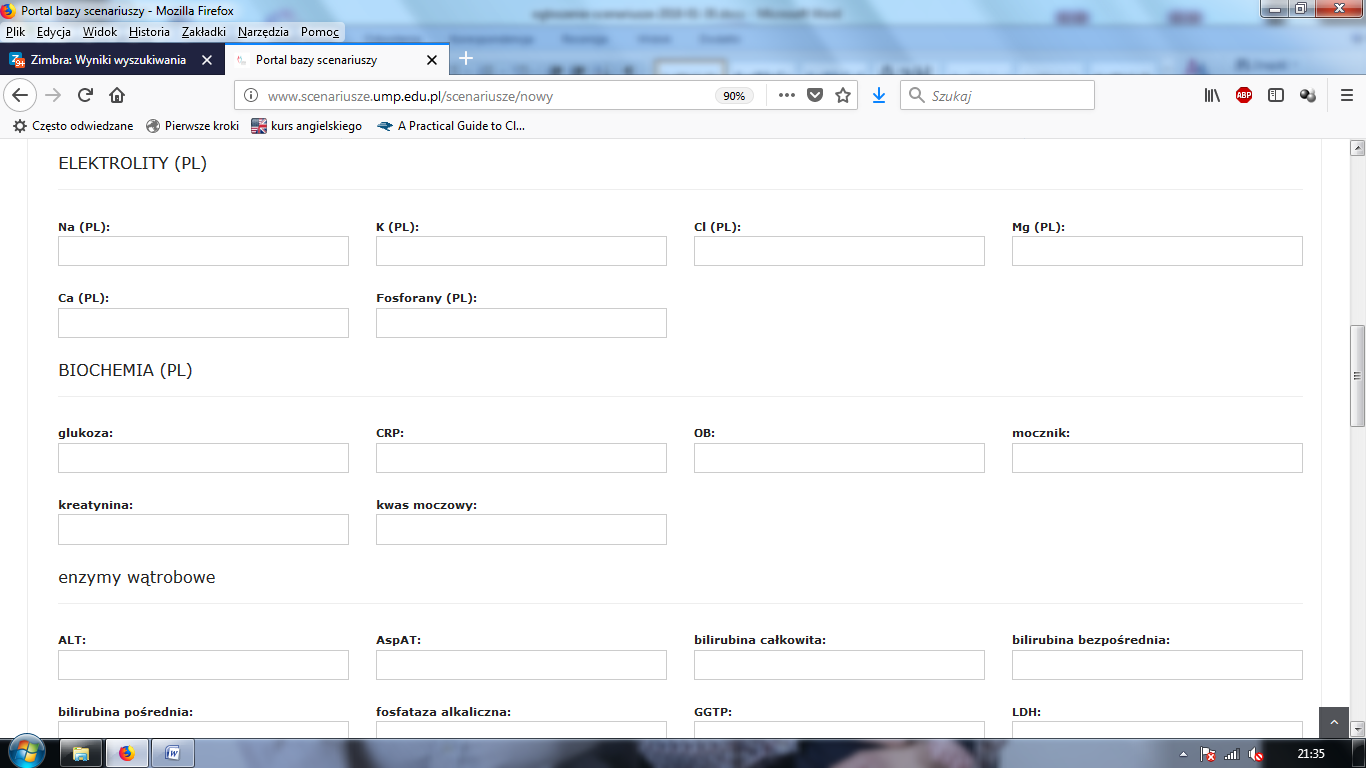
****

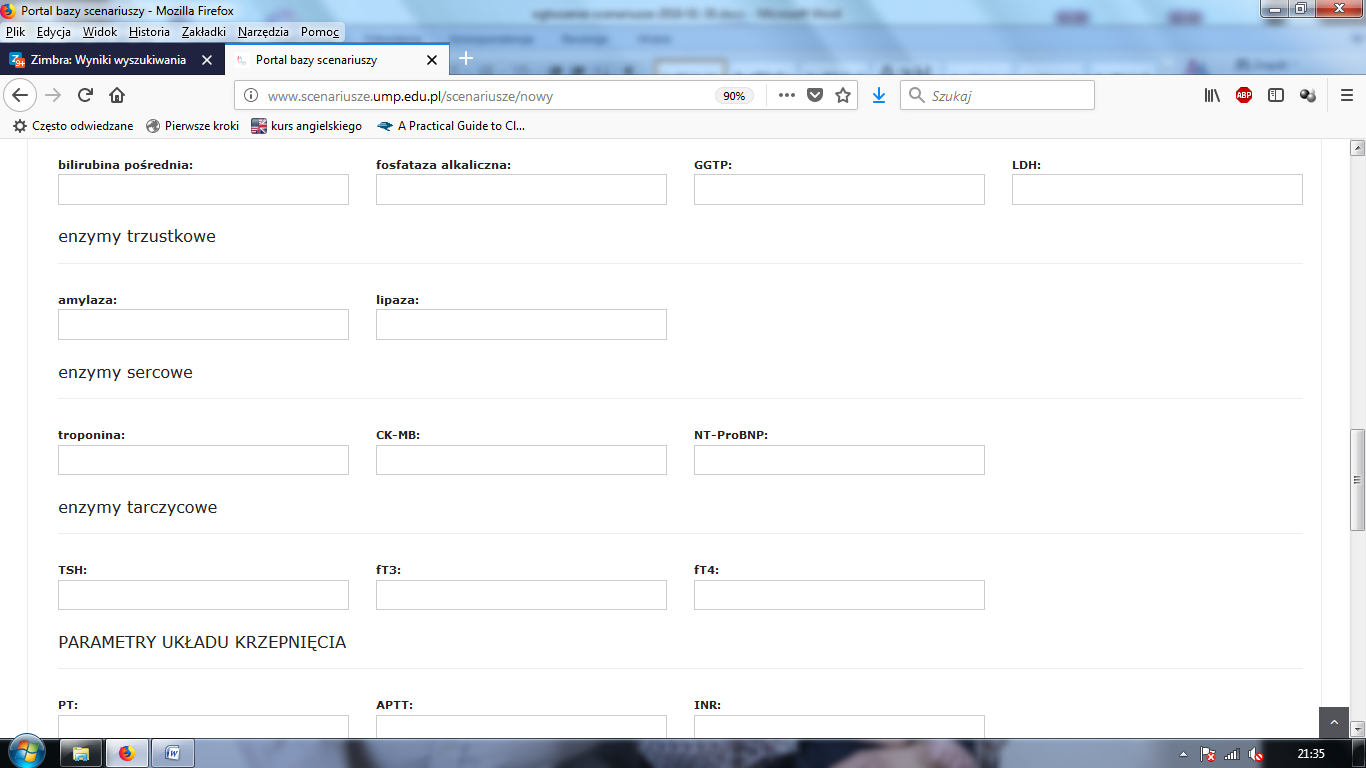
****

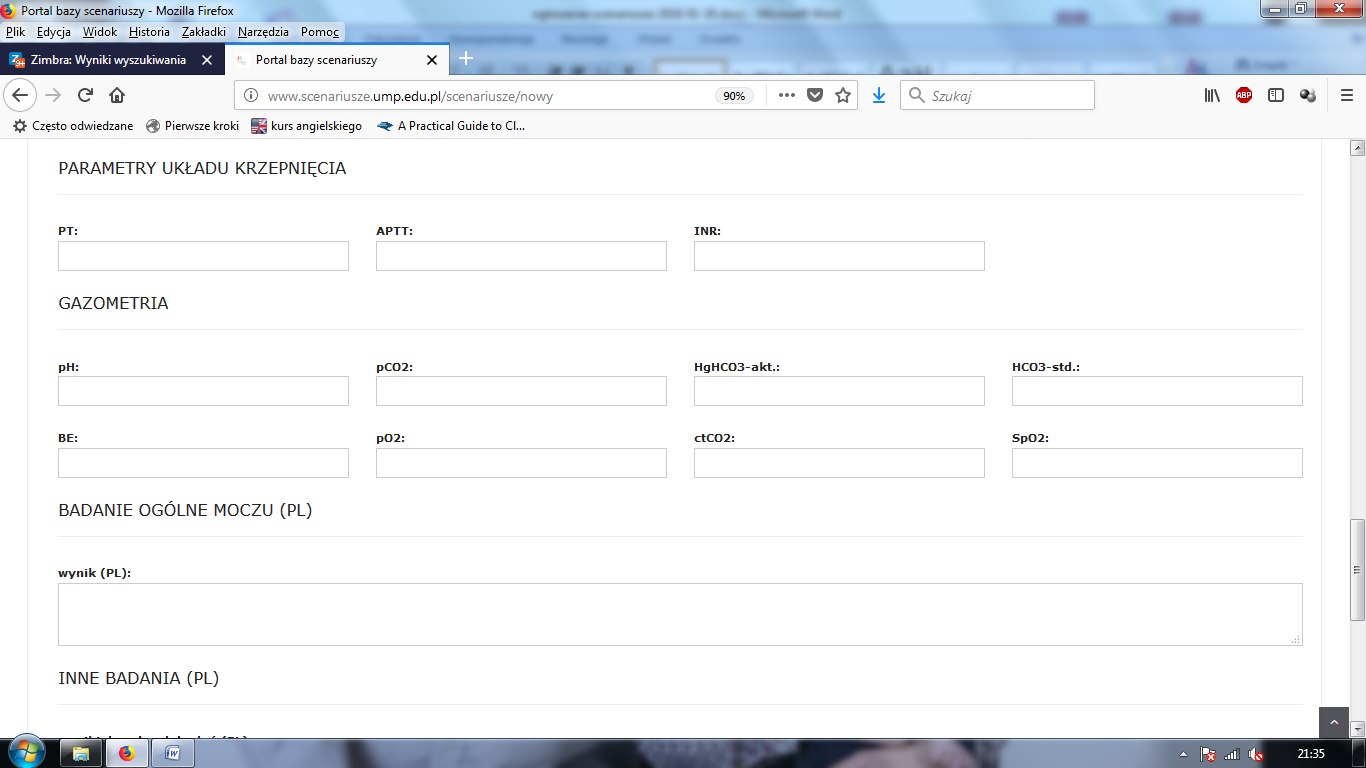
****

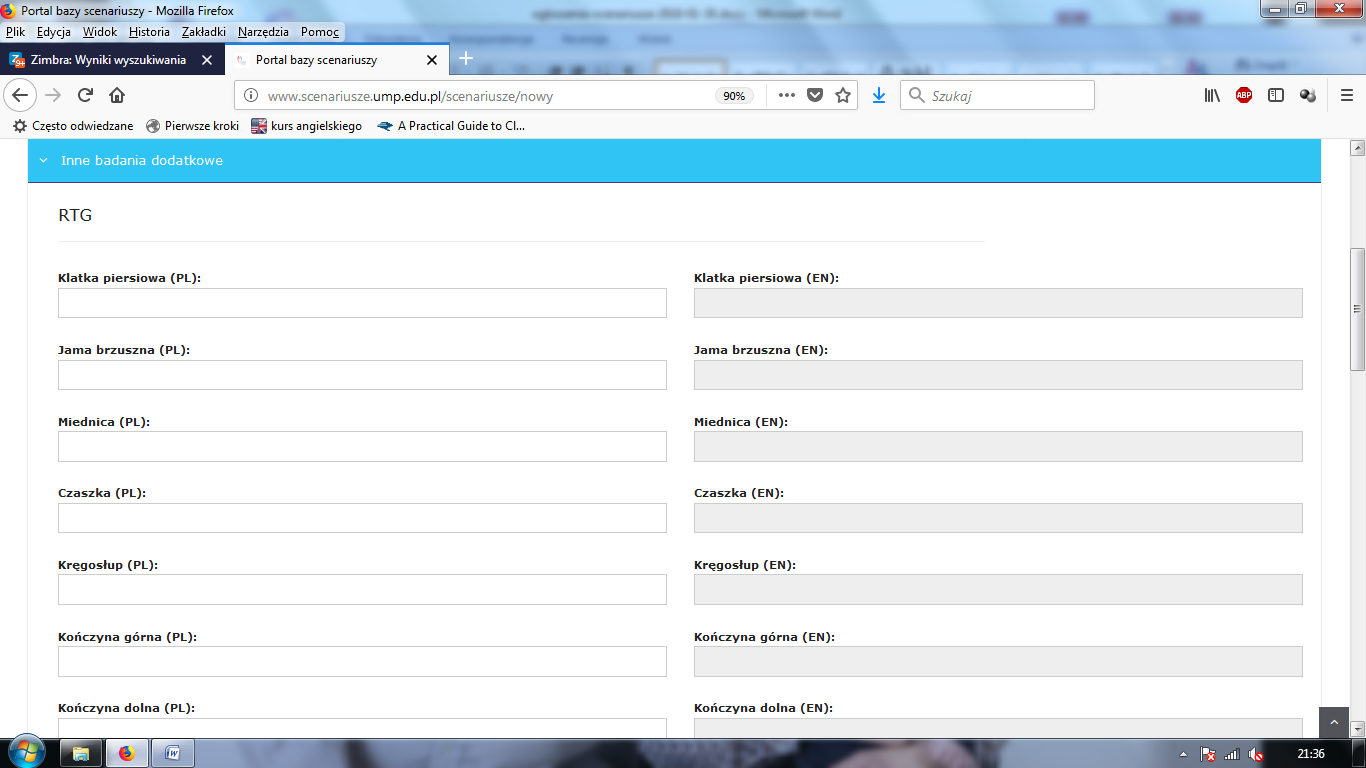
****

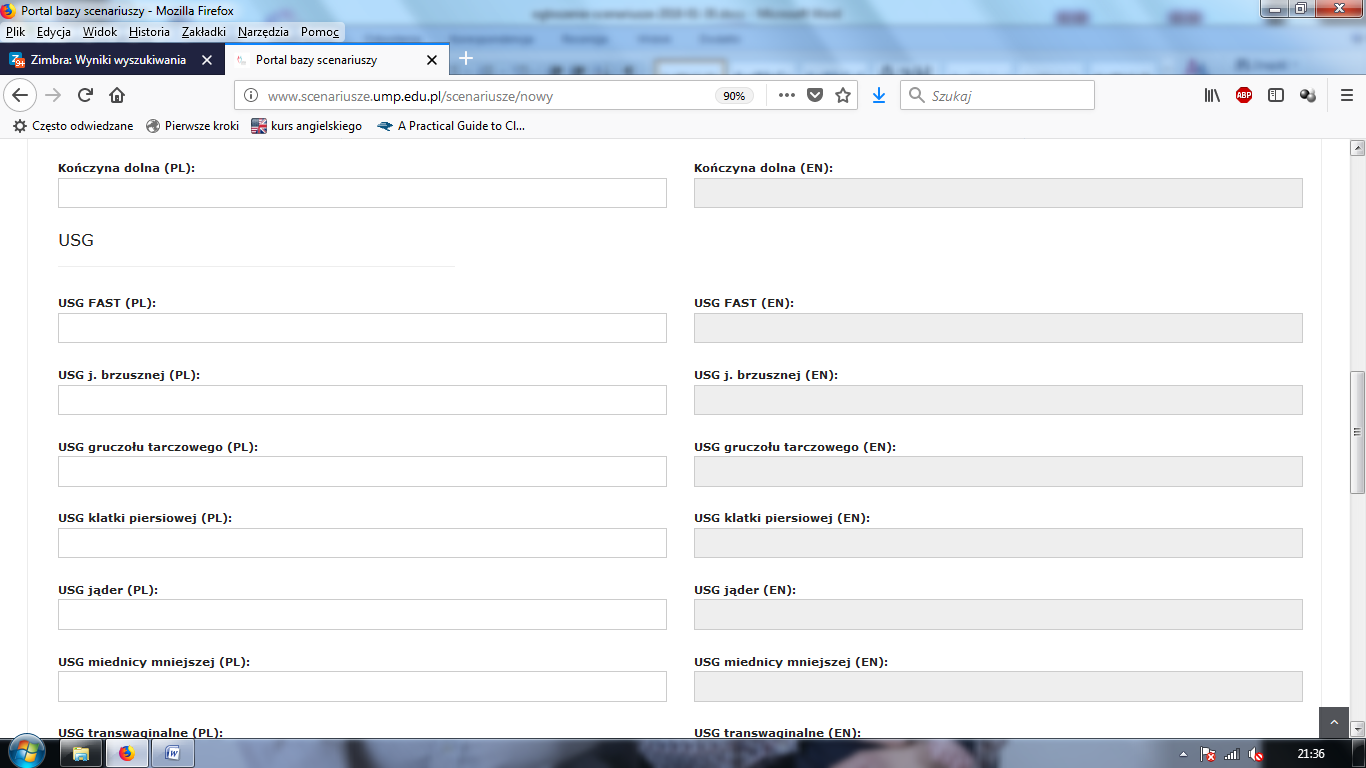
****

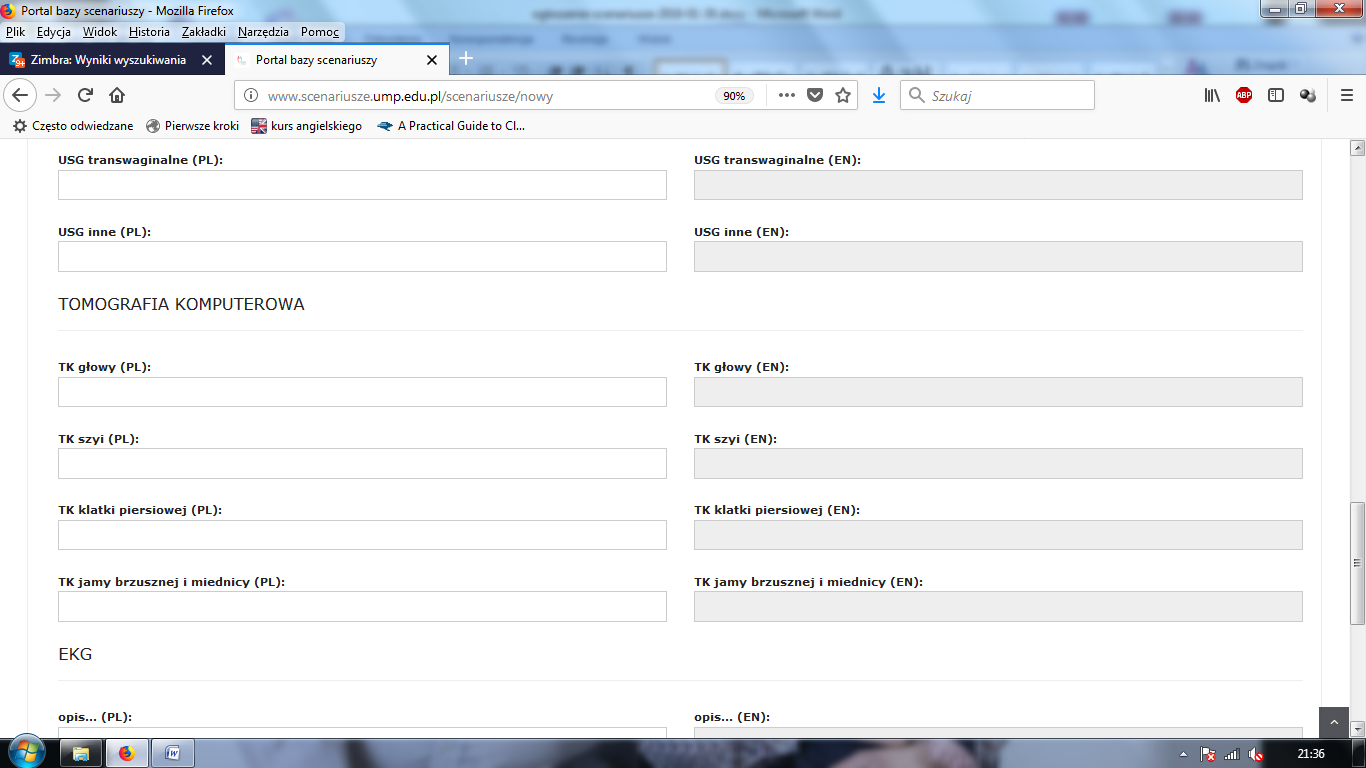
****

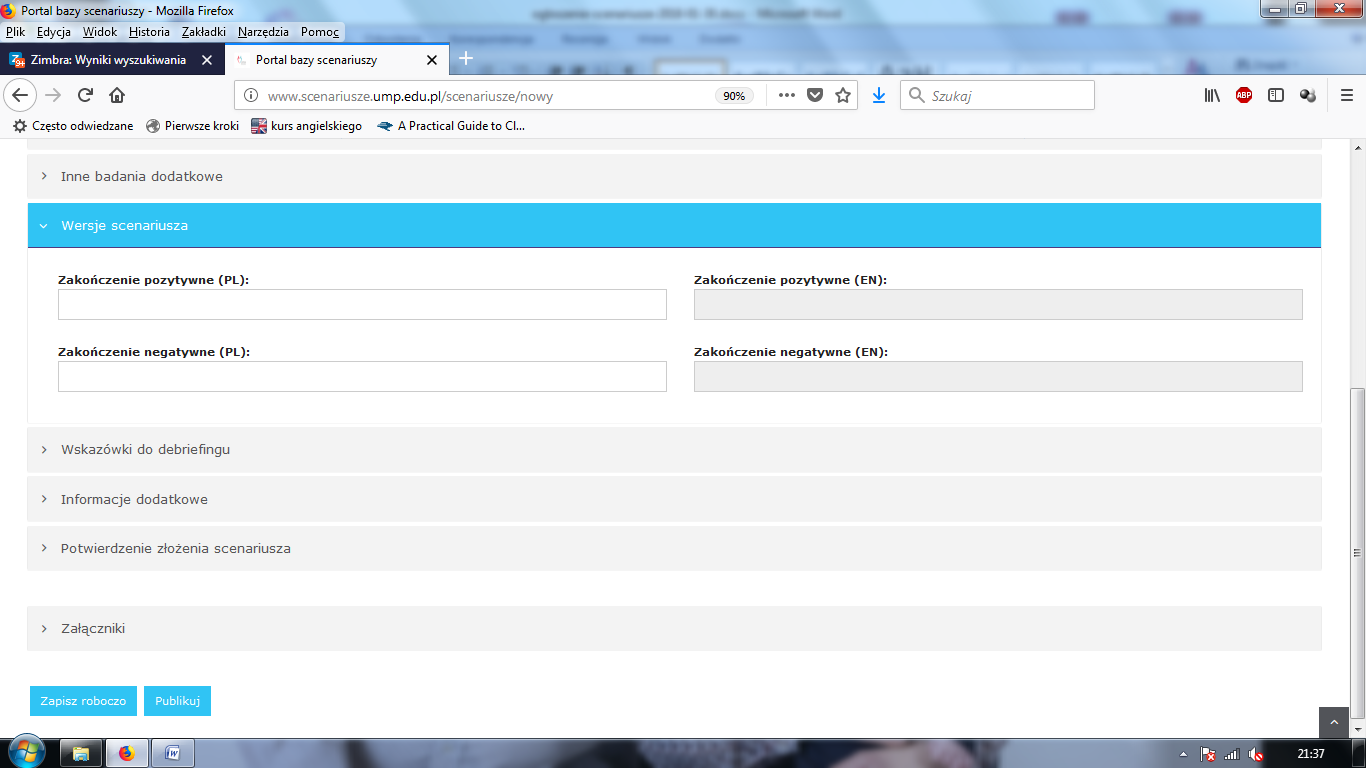
****

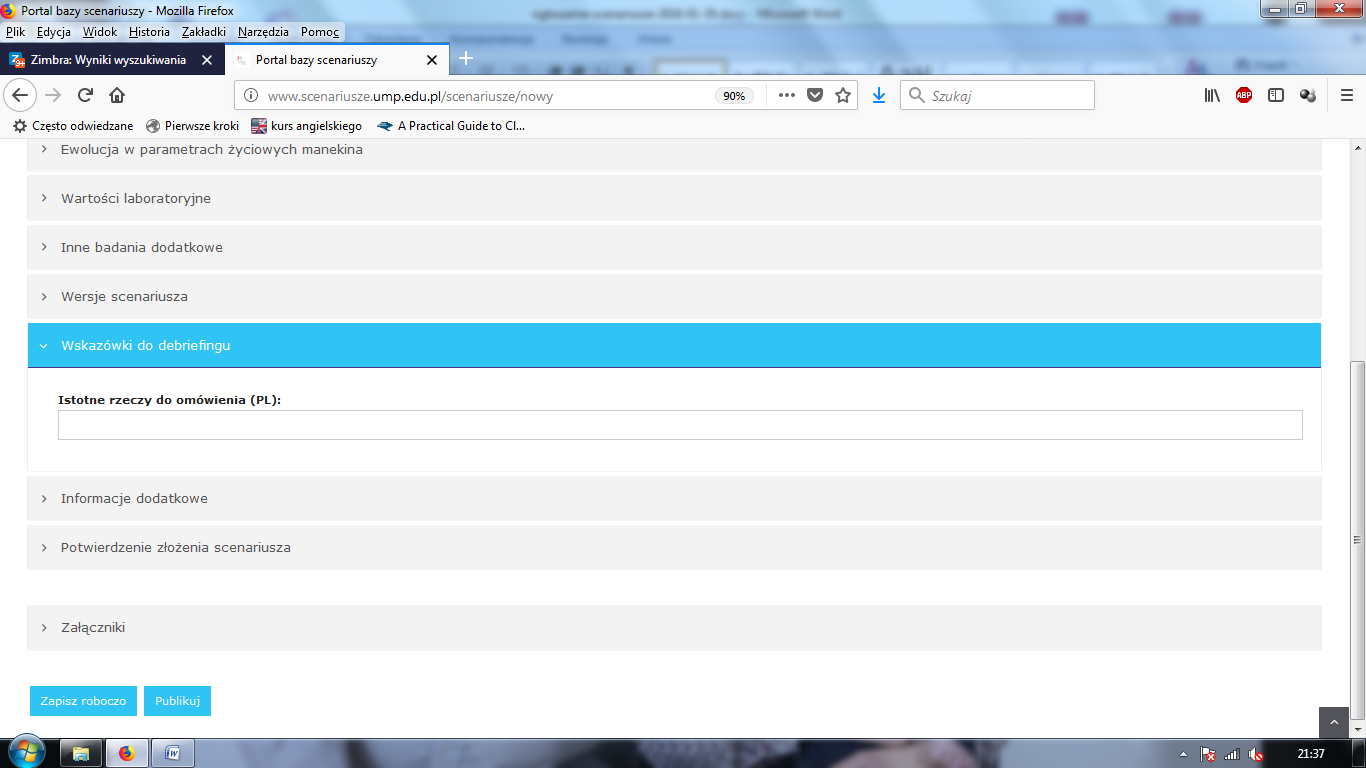
****

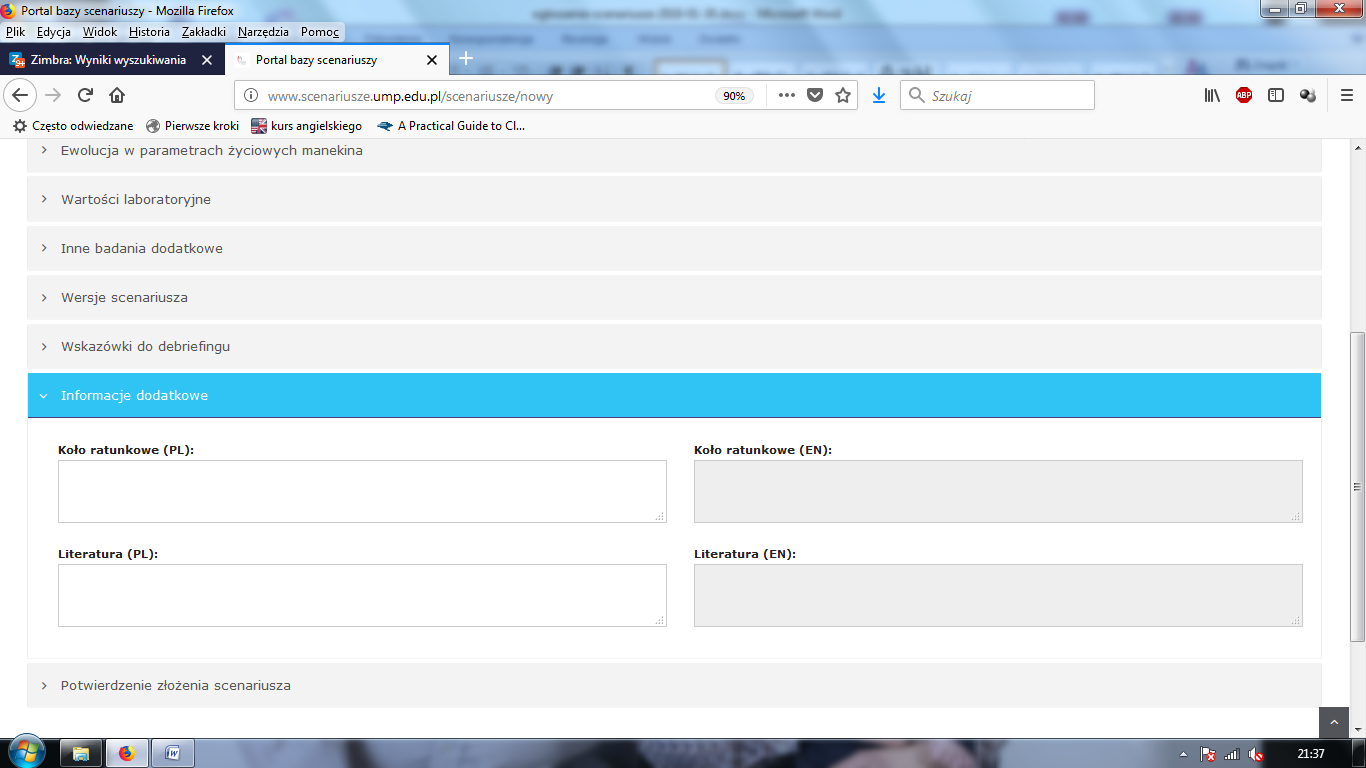
****

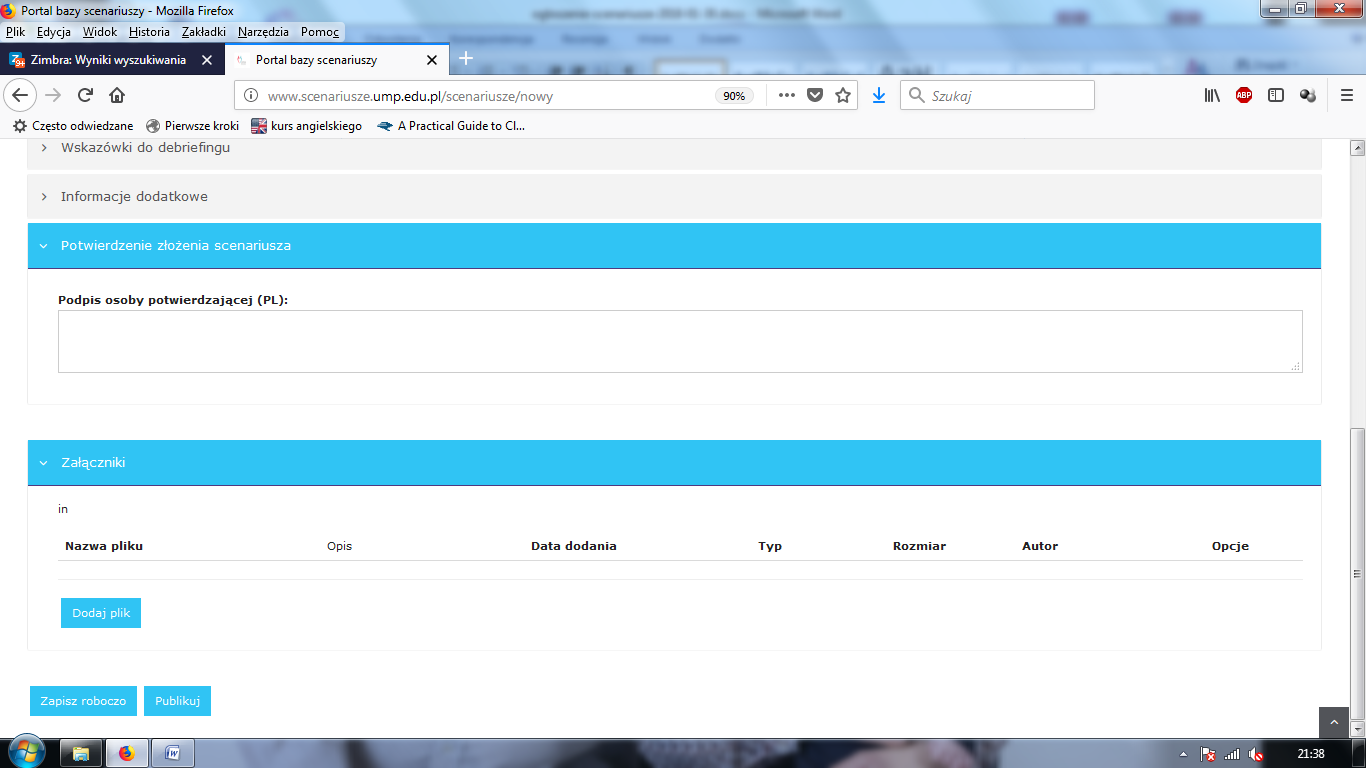
****

****

****

****

****

****