

Poznań 12.04.2017r.

**Zasady rekrutacji na konferencję SESAM 2017 dla pracowników Uniwersytetu Medycznego 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 rekrutację na wyjazd na konferencję Society in Europe for Simulation Applied to Medicine (SESAM), która odbędzie się w Paryżu w dniach 14-16 czerwca 2017 r.** Szczegółowe informacje na temat konferencji dostępne są na stronie internetowej <http://www.sesam-web.org/events/event/sesam-paris-2017/>.

**1. Uczestnicy:**

- 1.1 W rekrutacji mogą wziąć udział pracownicy naukowo dydaktyczni i techniczni 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 na wyjazd: 1

**2. Rekrutacja:**

- 2.1 Kwalifikacja odbywać się będzie na podstawie następujących kryteriów:
  - a) pierwszy autor zaakceptowanego doniesienia zjazdowego – 10 pkt.,
  - b) współautor zaakceptowanego doniesienia zjazdowego - 5 pkt.
  - c) osoba zaangażowana w pracę dydaktyczną w Centrum Symulacji Medycznej - 1 pkt za każdy rok pracy.
  - d) osoba zaangażowana w Projekt „Realizacja Programu Rozwojowego w zakresie Symulacji Medycznej w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” – 15 pkt.
  - e) osoba pełniąca funkcje kierownicze w CSM (kierownik CSM, koordynator OSCE) – 10 pkt.
- 2.2 W przypadku uzyskania równoważnej liczby punktów, o kwalifikacji do wyjazdu decyduje Komisja Rekrutacyjna.
- 2.3 Po zakończeniu rekrutacji zostanie sporządzona lista podstawowa oraz lista rezerwowa uczestników chętnych do udziału w konferencji SESAM.



Lista podstawowa obejmować będzie jedną osobę, której wniosek uzyska najwyższą ocenę.

- 2.4 Osoba zakwalifikowana do wyjazdu na konferencję zobowiązana będzie do podpisania przed otrzymaniem wsparcia Oświadczenia uczestnika projektu zgodnie z umową o dofinansowanie projektu. Odmowa podpisania oświadczenia równoznaczne jest z rezygnacją z wyjazdu.
- 2.5 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.

### **3. Realizacja:**

- 3.1 Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu zobowiązuje się do pokrycia kosztów udziału w konferencji, przeznaczonych w szczególności na sfinansowanie:
- a) kosztów biletów lotniczych,
  - b) kosztów zakwaterowania i diet,
  - c) opłaty konferencyjnej,
  - d) ubezpieczenia

### **4. Termin rekrutacji: do 10.05.2017r.**

## 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 KONFERENCJI SESAM 2017 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”

.....

6. Kierownik CSM TAK /NIE

7. Koordynator OSCE TAK/NIE

8. Potwierdzenie zaakceptowanego doniesienia zjazdowego (proszę załączyć).

Na potwierdzenie informacji podanych powyżej dopuszczalne jest dołączenie załączników.

.....

Podpis kandydatki/kandydata