**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**DO UDZIAŁU W SZKOLENIACH DLA LEKARZY
Z ZAKRESU OPIEKII DŁUGOTERMINOWEJ,
GERIATRII I GERONTOLOGII**

***realizowanych przez
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie, 30-663 Kraków, ul. Wielicka 267***

 ***w ramach projektu***

***„Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie oraz
wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej”***

**współfinansowanego ze środków**

 **Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego na lata 2009-2014,
i Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014,**

**w ramach programu PL07**

 **„*Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów
 demograficzno – epidemiologicznych”***

1. **Dane uczestnika**

Niniejszym zgłaszam wolę udziału w szkoleniu/szkoleniach[[1]](#footnote-1) dla lekarzy z zakresu opieki długoterminowej, geriatrii i gerontologii w ramach projektu *„Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej”*

|  |
| --- |
| **EDYCJA SZKOLENIA – należy wskazać wybrane edycje:****[ ]** EDYCJA NR 1 * biologia starzenia się, czynniki przyspieszające i opóźniające postęp starzenia się
* przebieg starzenia się poszczególnych układów i narządów
* choroby spowodowane starzeniem się

**[ ]** EDYCJA NR 2* specyfika chorowania w starości
* niewydolność serca - czy potrzebne jest podejście geriatryczne
* tak zwane „wielkie problemy geriatryczne” - upadki, dysfunkcje zwieraczy, odleżyny i inne

**[ ]** EDYCJA NR 3* otępienia i choroby afektywne w starości
* leczenie neuroleptykami w starości
* choroba Parkinsona

**[ ]** EDYCJA NR 4 * Całościowa Ocena Geriatryczna
* komunikowanie się z chorymi w wieku podeszłym
* prezentacja trudnych przypadków
 |

|  |
| --- |
| **TERMIN SZKOLENIA: …………………………………………………………………………………………………………** |
| **MIEJSCE SZKOLENIA: …………………………………………………………………………………………………………** |

|  |
| --- |
| **DANE UCZESTNIKA** |
| **IMIĘ** |  |
| **NAZWISKO** |  |
| **PESEL** |  |
| **DANE ADRESOWE (DANE DO KORESPONDENCJI)** |
| Kod pocztowy i poczta | Ulica nr domu i lokalu |
|  |  |
| Województwo | Powiat | Miejscowość |
|  |  |  |
| **DANE KONTAKTOWE**  |
| Telefon kontaktowy  | e-mail |
|  |  |
|  |

Oświadczam, iż należę do grupy docelowej niniejszego szkolenia tj. posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza

Wraz z formularzem przedkładam kserokopie stosownych dokumentów:

[ ] prawo wykonywania zawodu

[ ] wpis do rejestru przedsiębiorców

|  |  |
| --- | --- |
| **………………………………………….****Miejscowość, data** | **………………………………………………………………………………………………****Podpis**  |

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Ja niżej podpisany/a (imię i nazwisko):

|  |
| --- |
|  |

zamieszkały/a (adres zamieszkania):

|  |
| --- |
|   |

posiadający/a nr PESEL:

|  |
| --- |
| [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] |

W związku z przystąpieniem do projektu *„Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej”* realizowanego w ramach Programu PL07 *„Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych”* współfinansowanego ze środków Mechanizmu Finansowego EOG 2009-2014 i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014, **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz oświadczam, że:**

* **wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo** w szkoleniu dla lekarzyz zakresu opieki długoterminowej, geriatrii i gerontologii**,** realizowanego przez Zakład Opiekuńczo - Leczniczy w Krakowie w ramach projektu *„Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej”*
* **zostałam/em poinformowana/y,** iż projekt współfinansowany jest ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego na lata 2009-2014 i Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014, w ramach programu PL07 *„Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno – epidemiologicznych”*
* **zapoznałam/em się z regulaminem szkoleń dla lekarzy z zakresu opieki długoterminowej, geriatrii i gerontologii, akceptuję jego treść i zobowiązuję się do przestrzegania zapisów tego regulaminu**
* **wyrażam zgodę** na publikację mojego wizerunku przez Zakład Opiekuńczo - Leczniczy w Krakowie w celach realizacji i promocji projektu *„Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo–Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej”*

**Jednocześnie oświadczam, iż przyjmuje do wiadomości, że:**

* + Administratorem Danych Osobowych jest Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa, z siedzibą w Krakowie, pl. Wszystkich Świętych 3-4, 31-004 Kraków,
	+ gromadzone dane przetwarzane są w zbiorze danych pn. *Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej*, który został zgłoszony do rejestracji prowadzonej przez Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych,
	+ moje dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu służącym ewaluacji, monitoringu i promocji Projektu pn*. Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej*,
	+ moje dane osobowe mogą być udostępniane organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, a także Ministerstwu Zdrowia i Krajowemu Punktowi Kontaktowemu oraz innym jednostkom pracującym na ich zlecenie,

**Każdej osobie przysługuje prawo** do dostępu do swoich danych, prawo ich poprawiania oraz prawo do kontroli przetwarzanych danych osobowych zawartych w zbiorze (art. 32-35 Ustawy o ochronie danych osobowych).

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………… | ……………………………………………………………… |
| miejscowość i data | czytelny podpis |

|  |
| --- |
| **DECYZJA ORGANIZATORA SZKOLENIA W ZAKRESIE ZAKWALIFIKOWANIA/ NIEZAKWALIFIKOWANIA KANDYDATA DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE W ZAKRESIE SZKOLEŃ DLA LEKARZY\*** |

***\*wypełnia Zakład Opiekuńczo – Leczniczy w Krakowie***

1. **Przebieg rekrutacji**

|  |
| --- |
| Data złożenia dokumentacji rekrutacyjnej………………………………………………………… |
| Braki w dokumentacji oraz data i sposób powiadomienia kandydata o konieczności uzupełniania dokumentów:  |
|  |
| Data złożenia uzupełnień………………………………………………………………………………….. |
| Uwagi:  |
|  |

1. **Opinia w zakresie spełnienia/ niespełnienia kryteriów uczestnictwa
w projekcie**

Na podstawie oceny dokumentacji rekrutacyjnej potwierdzam, iż kandydat

…………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko)

**spełnia / nie spełnia\*** kryteria uczestnictwa w projekcie w zakresie szkoleń dla lekarzy.

Uzasadnienie:

|  |
| --- |
|  |

1. **Opinia w zakresie weryfikacji możliwości udzielenia pomocy publicznej**

Na podstawie oceny dokumentacji rekrutacyjnej potwierdzam, iż przedsiębiorca …………………………………………………………………………………………. kwalifikuje się do otrzymania wsparcia szkoleniowego w ramach szkoleń dla lekarzy.

Wartość przyznanej pomocy publicznej (wg. wskazanej przez kandydata ilości szkoleń) wynosi……………………………………………..zł, co stanowi równowartość ……………………………….EUR

1. **Decyzja ZOL w Krakowie o zakwalifikowaniu/ niezakwalifikowaniu do udziału w projekcie w zakresie szkoleń dla lekarzy.**

Niniejszym stwierdzam, iż kandydat

…………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko)

**został zakwalifikowany/ nie został zakwalifikowany\*** do uczestnictwa
w projekcie w zakresie szkoleń dla lekarzy.

Uzasadnienie:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………… | ……………………………………………………………… |
| Data | czytelny podpis I pieczęć osoby przeprowadzającej rekrutację |

**\**skreślić niewłaściwe***

1. Zakreślić właściwe [↑](#footnote-ref-1)