



Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych - Pracodawców

20-468 Lublin, ul. Kruczkowskiego 14

tel. 81 748 47 88, fax 81 748 47 89

www.lzlrp.pl e-mail: biuro@lzlrp.pl

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

„Profesjonalne szkolenia kadr kluczem do wzrostu efektywności działania jednostek systemu ochrony zdrowia”
realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020,

Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia,

Działanie 5.2 Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające
dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.

WYPELNIŃ ORGANIZATOR	
Data wpływu	
Podpis osoby przyjmującej	

Prosimy o wypełnienie wszystkich pól formularza czytelnie, wpisując odpowiedzi w wyznaczone pole.

I. DANE KANDYDATA NA UCZESTNIKA/ UCZESTNICZKĘ PROJEKTU

IMIĘ/IMIONA	
NAZWISKO	
DATA URODZENIA¹	
MIEJSCE URODZENIA	
PESEL	
POSIADANE AKTUALNIE UKOŃCZONE NAJWYŻSZE WYKSZTAŁCENIE	TAK/ NIE
WYŻSZE <i>Kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich</i>	
POLICEALNE <i>Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</i>	
PONADGIMNAZJALNE <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej – średnie ogólnokształcące, zasadnicze zawodowe</i>	
GIMNAZJALNE <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej</i>	

¹ Wpisanie daty urodzenia jest wymagane wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.





Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych - Pracodawców

20-468 Lublin, ul. Kruczkowskiego 14

tel. 81 748 47 88, fax 81 748 47 89

www.lzlrp.pl e-mail: biuro@lzlrp.pl

PODSTAWOWE <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej</i>	
BRAK <i>Brak formalnego wykształcenia, niższe niż podstawowe</i>	
OGÓLNY STAŻ PRACY <i>(proszę wskazać liczbę lat)</i>	
DŁUGOŚĆ PRZERWY OD OSTATNIEJ DOWOLNEJ FORMY Kształcenia/DOSKONALENIA	

II. DANE KONTAKTOWE DO KANDYDATA NA UCZESTNIKA/ UCZESTNICZKĘ PROJEKTU

ADRES ZAMIESZKANIA²							
ULICA							
NR DOMU		NR LOKALU		KOD POCZTOWY			
GMINA		POWIAT					
WOJEWÓDZTWO							
TELEFON KOMÓRKOWY							
TELEFON STACJONARNY							
ADRES E-MAIL							

III. STATUS NA RYNKU PRACY KANDYDATA NA UCZESTNIKA/ UCZESTNICZKĘ PROJEKTU

STATUS NA RYNKU PRACY	TAK/ NIE
Osoba pracująca	
Pracownik instytucji systemu/ sektora ochrony zdrowia	
Pracownik wykonujący administracyjne czynności zawodowe zatrudniony w podmiocie leczniczym świadczącym podstawową opiekę zdrowotną ³	

² Miejsce zamieszkania według Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu.

³ Podstawowa opieka zdrowotna zgodnie z definicją zawartą w art. 5. ppkt. 27) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych - Pracodawców

20-468 Lublin, ul. Kruczkowskiego 14

tel. 81 748 47 88, fax 81 748 47 89

www.lzlrp.pl e-mail: biuro@lzlrp.pl

PEŁNA NAZWA PRACODAWCY - PODMIOTU LECZNICZEGO									
ADRES SIEDZIBY PRACODAWCY <i>Gmina, Kod pocztowy, Miejscowość, Ulica, Nr budynku, Nr lokalu</i>									
ADRES MIEJSCA PRACY (JEŻELI INNY NIŻ SIEDZIBA) <i>Gmina, Kod pocztowy, Miejscowość, Ulica, Nr budynku, Nr lokalu</i>									
ZAJMOWANE STANOWISKO									
NIP PRACODAWCY									
WIELKOŚĆ PRACODAWCY					TAK/ NIE				
MIKRO PRZEDSIĘBIORSTWO <i>Zatrudnia mniej niż 10 pracowników</i>									
MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO <i>Zatrudnia mniej niż 50 pracowników</i>									
ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO <i>Zatrudnia mniej niż 250 pracowników</i>									
DUŻE PRZEDSIĘBIORSTWO <i>Zatrudnia powyżej 250 pracowników</i>									
SYTUACJA OSOBISTA					TAK/ NIE				
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań ⁴									
Jestem osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących									

⁴ Okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach); bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą); nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych - Pracodawców

20-468 Lublin, ul. Kruczkowskiego 14

tel. 81 748 47 88, fax 81 748 47 89

www.lzlrp.pl e-mail: biuro@lzlrp.pl

w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	
Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu ⁵	
INFORMACJE DODATKOWE	TAK/ NIE / ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia ⁶	
Jestem osobą z niepełnosprawnościami ⁷	
Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) ⁸	

IV. PREFERENCJE WSPARCIA SZKOLENIOWEGO

KTÓRĄ GRUPĘ UCZESTNIKÓW PANI/ REPREZENTUJE?		TAK/ NIE
Pracownik pionów administracyjnych podmiotów leczniczych	<i>Pracownik rejestracji</i>	
	<i>Księgowy</i>	
	<i>Specjalista ds. zamówień publicznych</i>	
	<i>Inne - Jakiej?</i>	
Kadra zarządzająca podmiotami leczniczymi	<i>Dyrektor/ Kierownik</i>	
	<i>Manager</i>	

⁵ Dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są biernie zawodowo oraz mieszkają z rodzicem.

⁶ Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; etniczne: karańska, lemowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.

⁷ w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127 poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375).

⁸ Osoba zagrożona wykluczeniem społecznym, byli więźniowie, narkomani itp. osoba bez wykształcenia (ukończonej szkoły podstawowej), która jest poza wiekiem typowym dla ukończenia szkoły podstawowej (11 lat).



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych - Pracodawców

20-468 Lublin, ul. Kruczkowskiego 14

tel. 81 748 47 88, fax 81 748 47 89

www.lzlrp.pl e-mail: biuro@lzlrp.pl

Kadra zarządzająca podmiotami leczniczymi	<i>Inne- Jakie?</i>	
Kadra medyczna posiadająca w zakresie obowiązków funkcje administracyjne	<i>Ordynator</i>	
	<i>Pielęgniarka</i>	
	<i>Inne - Jakie?</i>	
PEŁEN BLOK SZKOLEŃ DLA UCZESTNIKA PROJEKTU		
SZKOLENIA OBOWIĄZKOWE		
Zdolności analityczne (2 dni x 7 godz./dz)		TAK
Audyt wewnętrzny, kontrola (1 dzień/7 godz.)		
Działania antykorupcyjne (1 dzień/7 godz.)		
PREFEROWANE⁹ SZKOLENIA FAKULTATYWNE (każde szkolenie 4 dni po 7 godz./dziennie) (proszę zaznaczyć 2 szkolenia)		TAK/ NIE
Ochrona danych osobowych, w tym zagadnienia prawne		
Błąd medyczny i roszczenia klienta/pacjenta, w tym zagadnienia prawne i zewnętrzne procedury		
Zarządzanie zespołem		
Dokumentacja medyczna za pomocą komputera		
Obsługa programów do rozliczeń z NFZ za pomocą komputera		
Inne		
(jakie?).....		

⁹* Preferencje są tylko informacjami pomocnymi dla Organizatora do opracowania harmonogramu najbardziej dogodnego dla uczestników





Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych - Pracodawców

20-468 Lublin, ul. Kruczkowskiego 14

tel. 81 748 47 88, fax 81 748 47 89

www.lzlrp.pl e-mail: biuro@lzlrp.pl

PREFEROWANE* MIEJSCE REALIZACJI SZKOLEŃ <i>(proszę wskazać preferowane miasta powiatowe/ wojewódzkie)</i>		
Czy preferowana tematyka szkoleń zgodna jest z Pana/ Pani obowiązkami zawodowymi?		TAK/ NIE
Uzasadnienie		

V. OŚWIADCZENIA KANDYDATA NA UCZESTNIKA/ UCZESTNICZKĘ PROJEKTU

Ja niżej podpisała/y oświadczam, że:
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatora Projektu na etapie rekrutacji i na udział w procesie rekrutacyjnym
- zapoznałam/tem się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w Regulaminie rekrutacji i udziału w projekcie oraz zgodnie z wymogami jestem uprawniona/y do uczestnictwa w nim
- zobowiązuję się uczestniczyć w całym cyklu wsparcia złożonym z: a) 5 szkoleń: 3 obowiązkowe, 2 fakultatywne – łącznie 84 godz., b) zewnętrznego egzaminu potwierdzającego uzyskane efekty kształcenia i kompetencje c) weryfikacji nabytych umiejętności w kontekście poprawy funkcjonowania miejsca zatrudnienia przez pogłębione badania ankietowe mojej osoby, mojego pracodawcy i pacjentów po zakończeniu udziału w szkoleniach
- zostałam/tem poinformowana/y, że ww. projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz budżetu państwa
- zostałam/tem poinformowana/y o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia
- jestem świadoma/y, że przedłożenie aplikacji zgłoszeniowej nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem mojej osoby do udziału w projekcie oraz nie mam prawa żądać zwrotu przedłożonych dokumentów rekrutacyjnych
- jestem świadoma/y, że szkolenia mogą odbywać się w miejscowości innej niż miejsce mojego zamieszkania/ zatrudnienia
- wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych
- zostałam/tem poinformowana/y o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez organizatora projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Ministerstwa Zdrowia



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych - Pracodawców

20-468 Lublin, ul. Kruczkowskiego 14

tel. 81 748 47 88, fax 81 748 47 89

www.lzlrp.pl e-mail: biuro@lzlrp.pl

- zostałam/tem poinformowana/y o obowiązku przekazania danych potrzebnych do podsumowania wskaźników projektu - w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie: status na rynku pracy, informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu, uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji; w ciągu 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie: status na rynku pracy
- zobowiązuję się do informowania organizatora o wszelkich zmianach danych, w szczególności teleadresowych, podanych w dokumentacji zgłoszeniowej w ciągu 7 dni od ich powstania

Upředzona/y o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy w dokumentach zgłoszeniowych do udziału w projekcie, niniejszym oświadczam, że w/w dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis kandydata

Załączniki do formularza zgłoszeniowego:

Załącznik nr 1. Zaświadczenie o zatrudnieniu w POZ (obowiązkowy)

Załącznik nr 2. Oświadczenie o spełnieniu warunków grupy docelowej (obowiązkowy)



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Załącznik nr 1

.....

Pieczęć firmowa

ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU W POZ

Niniejszym zaświadcza się, że Pan/Pani (*Imię i nazwisko*)

zamieszkały(a) w kod poczt.

ul. nr domu mieszkania

PESEL jest zatrudniony (a) w (*Pełna nazwa oraz adres pracodawcy*).....

.....
.....

NIP:

na stanowisku

na podstawie¹⁰:

- umowy o pracę na czas nieokreślony
- umowy o pracę na czas określony w okresie od do
- umowy zlecenia w okresie od do
- umowy o dzieło w okresie od do
- inne

Ww. instytucja jest podmiotem leczniczym świadczącym podstawową opiekę zdrowotną¹¹.

¹⁰ Należy wybrać właściwe, pozostałe zapisy usunąć

¹¹ Podstawowa opieka zdrowotna zgodnie z definicją zawartą w art. 5. ppkt. 27) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.





Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych - Pracodawców

20-468 Lublin, ul. Kruczkowskiego 14

tel. 81 748 47 88, fax 81 748 47 89

www.lzlrp.pl e-mail: biuro@lzlrp.pl

Jednocześnie, po zakwalifikowaniu pracownika do udziału w projekcie zobowiązuję się jako pracodawca uczestniczyć w weryfikacji nabytych przez pracownika umiejętności w kontekście poprawy funkcjonowania i wdrażania rozwiązań pro jakościowych w podmiocie leczniczym, która odbędzie się po zakończeniu uczestnictwa w szkoleniach poprzez udział w pogłębionych badaniach ankietowych:

- mojej osoby lub innego reprezentanta ze strony pracodawcy,
- minimum 5 klientów/pacjentów.

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia jako wymóg uczestnictwa w projekcie „Profesjonalne szkolenia kadr kluczem do wzrostu efektywności działania jednostek systemu ochrony zdrowia” realizowanym przez Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.2 Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis i pieczęć osoby uprawnionej



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW GRUPY DOCELOWEJ

Ja niżej podpisana/y
zamieszkała/y
PESEL:

oświadczam, że:

- spełniam kryteria udziału w projekcie „Profesjonalne szkolenia kadr kluczem do wzrostu efektywności działania jednostek systemu ochrony zdrowia”- jestem pracownikiem wykonującym administracyjne czynności zawodowe zatrudnionym w podmiocie leczniczym świadczącym podstawową opiekę zdrowotną, który z własnej inicjatywy wyraża chęć doskonalenia kwalifikacji zawodowych w zakresie zarządzania poprzez udział w szkoleniach
- akceptuję warunki Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie *Profesjonalne szkolenia kadr kluczem do wzrostu efektywności działania jednostek systemu ochrony zdrowia* realizowanym w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.2 Działania jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych
- zobowiązuję się uczestniczyć w całym cyklu wsparcia złożonym z:
 - a) 5 szkoleń: 3 obowiązkowe, 2 fakultatywne – łącznie 84 godz.,
 - b) zewnętrznego egzaminu potwierdzającego uzyskane efekty kształcenia i kompetencje
 - c) weryfikacji nabytych umiejętności w kontekście poprawy funkcjonowania miejsca zatrudnienia przez pogłębione badania ankietowe mojej osoby, mojego pracodawcy i 5 klientów/pacjentów po zakończeniu udziału w szkoleniach.

Upředzona/y o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy w dokumentach zgłoszeniowych do udziału w projekcie, niniejszym oświadczam, że w/w dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis kandydata

