**FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO PROJEKTU NR POWR.05.02.00-00-0004/20**

**„Poprawa jakości informacji medycznej dzięki wzrostowi kompetencji, wiedzy oraz umiejętności pracowników podmiotów leczniczych w zakresie prawidłowego posługiwanie się klasyfikacją ICD-11 (I etap prac)”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wskazanie formy szkolenia, którego dotyczy zgłoszenie i grupy docelowej** *(Kandydat/Kandydatka musi należeć do grupy docelowej do której kierowana jest zaznaczona forma szkolenia)* | | | | | | | | | | | | | | |
| **Forma szkolenia** | **Grupa docelowa:** | | | | | | | | | | | | | |
| szkolenie  e-learningowe | pracownik Narodowego Funduszu Zdrowia zajmujący się rozliczeniami świadczeń opieki zdrowotnej lub prowadzeniem analiz na podstawie danych przekazywanych do Funduszu przez podmioty lecznicze  pracownik podmiotu leczniczego posiadającego umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia:  osoba wykonująca zawód medyczny  pracownik administracyjny (IT, dział statystki, inne) | | | | | | | | | | | | | |
| warsztat | pracownik dydaktyczny uczelni medycznej lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego  pracownik powiatowej stacji powiatowo-epidemiologicznej, zatrudniony w sekcji epidemiologii lub epidemiolog zatrudniony w uniwersytecie medycznym lub instytucie naukowo-badawczym  osoba zatrudniona przez Główny Urząd Statystyczny do kodowania przyczyn zgonu (koder przyczyn zgonu) | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Dane uczestnika** | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko |  | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| W przypadku braku numeru PESEL | Płeć:  Kobieta  Mężczyzna | | | | | | | | Wiek w chwili przystępowania do projektu: | | | | | |
| Posiadane wykształcenie /typ szkół  *(zaznaczyć właściwe – tylko jeden checkbox)* | ISCED 1 podstawowe - Szkoła podstawowa  ISCED 2 gimnazjalne - Gimnazjum  ISCED 3 ponadgimnazjalne - Liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa  ISCED 4 policealne - Szkoły policealne  ISCED 5 – 8 – wykształcenie wyższe | | | | | | | | | | | | | |
| **2. Dane kontaktowe uczestnika** | | | | | | | | | | | | | | |
| Województwo | |  | | | | | | | | | | | | |
| Powiat | |  | | | | | | | | | | | | |
| Gmina | |  | | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość | |  | | | | | | | | | | | | |
| Ulica | |  | | | | | | | | | | | | |
| Nr budynku | |  | | | | | | | | | | | | |
| Nr lokalu | |  | | | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy | |  | | | | | | | | | | | | |
| Telefon kontaktowy | |  | | | | | | | | | | | | |
| Adres e-mail | |  | | | | | | | | | | | | |
| **3. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Status na rynku pracy** | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Osoba pracująca, w tym:** | | | | Osoba pracująca w administracji rządowej  Osoba pracująca w administracji samorządowej  Osoba pracująca w MMŚP  Osoba pracująca w organizacji pozarządowej  Osoba prowadząca działalność na własny rachunek  Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie  Inne | | | | | | | | | | |
| **Miejsce zatrudnienia** | **Nazwa instytucji** | | |  | | | | | | | | | | |
|  | **Adres** | | |  | | | | | | | | | | |
| **Oświadczenie składane w przypadku pracowników podmiotów leczniczych:** | | | | Oświadczam, że jestem zatrudniony/a w podmiocie leczniczym posiadającym umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia  **Pouczenie:** *Uczestnik ponosi odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, co wynika z ogólnych przepisów Kodeksu Cywilnego.* | | | | | | | | | | |
| **Wykonywany zawód** | | | | pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia - *zaznaczyć w przypadku pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia, pracowników podmiotów leczniczych, pracowników powiatowej stacji powiatowo-epidemiologicznej, zatrudniony w sekcji epidemiologii lub epidemiolog zatrudniony w uniwersytecie medycznym lub instytucie naukowo-badawczym*  pracownik instytucji szkolnictwa wyższego- *zaznaczyć w przypadku pracowników dydaktycznych uczelni medycznej lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego*  inny - *zaznaczyć w przypadku osób zatrudnionych przez Główny Urząd Statystyczny do kodowania przyczyn zgonu* | | | | | | | | | | |
| **2.**  **Osoba niepracująca (wypełniane w przypadku osób, które nie zaznaczyły kategorii osoba pracująca)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **4. Pozostałe informacje** | | | | | | | | | | | | | | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | | | Tak Nie  Odmowa podania informacji | | | | | | | | | | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | | Tak Nie | | | | | | | | | | |
| Osoba z niepełnosprawnościami | | | | Tak Nie  Odmowa podania informacji | | | | | | | | | | |
| Czy w związku z powyższą informacją zgłasza Pan/Pani specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności | | | | Tak (jakie):  Nie | | | | | | | | | | |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | | | | Tak Nie  Odmowa podania informacji | | | | | | | | | | |
| **4. Deklaracje, oświadczenia** | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE nr POWR.05.02.00-00-0004/20, pn. „Poprawa jakości informacji medycznej dzięki wzrostowi kompetencji, wiedzy oraz umiejętności pracowników podmiotów leczniczych w zakresie prawidłowego posługiwanie się klasyfikacją ICD-11 (I etap prac)” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś Priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych 2. Ja niżej podpisany/a oświadczam, że: 3. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. Poprawa jakości informacji medycznej dzięki wzrostowi kompetencji, wiedzy oraz umiejętności pracowników podmiotów leczniczych w zakresie prawidłowego posługiwanie się klasyfikacją ICD-11 (I etap prac)”, nr POWR.05.02.00-00-0004/2, realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 przez Ministerstwo Zdrowia – Departament Lecznictwa w partnerstwie z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego oraz Centrum e-Zdrowia, akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie; 4. Spełniam wszystkie wymogi formalne i zasady udziału określone w Regulaminie Projektu; 5. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Osi priorytetowej V Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020; 6. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego; 7. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych niezbędnych w procesie realizacji projektu; 8. Zostałem/am poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia; 9. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych, którego celem jest udoskonalenie oferowanej dotychczas pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb przyszłych uczestników, prowadzonych przez MZ - Lidera projektu lub CMKP - Partnera projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej; 10. Przyjmuję do wiadomości i potwierdzam, że w przypadku włączenia przeze mnie kamery i mikrofonu  w  ramach zadawania pytań lub dyskusji w trakcie Szkolenia udzielam tym samym zgody na korzystanie, utrwalanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku, głosu oraz podanych przeze mnie danych osobowych i innych udostępnionych przeze mnie informacji, w ramach szkolenia online, w celach związanych z pytaniami, dyskusją, a także w celach dokumentacyjnych, związanych z rozliczaniem szkoleń zgodnie z zasadami Projektu; 11. Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą; 12. Oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym, załączone dokumenty oraz ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym; 13. Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie; 14. Zobowiązuję się do uczestnictwa w szkoleniu; 15. Zobowiązuję się do wypełniania wszelkich wymaganych dokumentów niezbędnych w procesie realizacji projektu, w tym m. in. list obecności, testów weryfikujących wiedzę, arkusza oceny szkolenia; 16. Zostałem poinformowany o prawie bycia zapomnianym, sprostowania oraz zgłaszania naruszeń; 17. Wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących (nr telefonu) dla celów realizacji projektu. | | | | | | | | | | | | | | |
| czytelny podpis własnoręczny | | | | |  | | | | | | | | | |
| data podpisania | | | | |  | | | | | | | | | |