**Załącznik nr 2 do Regulaminu**

……………………  
miejscowość, data

**WNIOSEK  
o przyjęcie na Staż**

Imię i nazwisko Ubiegającego się o Staż:……………………………………………………….

Kierunek studiów: …………………………………………………………………....................

Stopień studiów: …………

Rok studiów: ……………..

Numer albumu: ………….

1. Deklaruję uczestnictwo w Stażu w ramach Projektu pt. *Wielomodułowy program poprawy efektywności i jakości funkcjonowania Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego,* nr POWR.03.05.00-00-z082/18.

Projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 - 2020, Oś priorytetowa III - Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju, Działanie 3.5 - Kompleksowe programy szkół wyższych.

1. Oświadczam, iż:

* jestem studentem studiów stacjonarnych …………. roku na kierunku ………………................................................................. na Wydziale Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej i spełniam kryteria kwalifikowalności do Projektu;
* zapoznałem się z Regulaminem programu staży dla studentów studiów I i II stopnia kierunku Zdrowie Publiczne oraz Zdrowie Środowiskowe, realizowanego w ramach projektu pt. *Wielomodułowy program poprawy efektywności i jakości funkcjonowania Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego*,zadanie 4 – Przygotowanie i realizacja programu stażowego dla studentów kierunku Zdrowie Środowiskowe oraz Zdrowie Publiczne (moduł 3), Regulamin akceptuję i zobowiązuję się do jego przestrzegania;
* dostarczę wszelką dokumentację wynikającą z ww. Regulaminu w terminach w nim przewidzianych;
* zostałam/em poinformowana/y, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014 - 2020, Oś priorytetowa III - Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju, Działanie 3.5 - Kompleksowe programy szkół wyższych;
* jestem świadoma/y, że złożenie dokumentów nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w Projekcie;
* wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Gdański Uniwersytet Medyczny z siedzibą w Gdańsku, przy ul. M. Skłodowskiej - Curie 3a, 80-210 Gdańsk, na potrzeby realizacji Projektu, na podstawie .................................... , zgodnie z **Załącznikiem nr 3** do Regulaminu. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.

……………………………………………………..

Data i czytelny podpis Ubiegającego się o Staż

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

Proszę wskazać Przyjmującego na Staż, u którego chce Pani/Pan odbyć Staż.

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa Przyjmującego na Staż/Adres** |
| 1. |  |
| 2. |  |

……………………………………………………..

Data i czytelny podpis Ubiegającego się o Staż

Proszę o wypełnienie kolumny 2/.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1/ Przyznawanie punktów kwalifikacyjnych | 2/ Informacje podane przez studenta | 3/ Ilość punktów, przyznanych przez KomisjęKwalifikacyjną |
| Średnia ocen z toku studiów (liczba punktów odpowiadająca średniej ocen), maks. 5 pkt. |  |  |
| Osiągnięcia naukowe (autorstwo/współautorstwo publikacji naukowej; czynny udział w konferencji naukowej (wystąpienie ustne lub sesja plakatowa)); ukończone kursy i szkolenia potwierdzone certyfikatem bądź dyplomem, ściśle związane ze studiowanym kierunkiem studiów (maksymalnie 3 certyfikaty/dyplomy, po jednym punkcie każdy), maks. 3 pkt. |  |  |
| Aktywności dodatkowe studenta w trakcie studiów (zaświadczenia dokumentujące czynny udział w organizacjach studenckich: koła naukowe, samorząd studencki), maksymalnie 2 zaświadczenia, po jednym punkcie za każde), **maks. 2 pkt.** |  |  |
| ŁĄCZNY WSKAŹNIK REKRUTACYJNY (suma punktów) | |  |

Stwierdzam prawdziwość danych podanych w kolumnie 2/.

…………………………………………………..

Data i czytelny podpis Ubiegającego się o Staż

**FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA** | 1. | Imię (imiona) |  |
| 2. | Nazwisko |  |
| 3. | PESEL |  |
| 4. | Płeć | □ Kobieta □ Mężczyzna |
| 5. | Wiek w chwili przystąpienia do Projektu |  |
| 6. | Wykształcenie (wyższe, policealne, ponadgimnazjalne, gimnazjalne, podstawowe, niższe niż podstawowe) |  |
| **DANE KONTAKTOWE** | 7. | Województwo |  |
| 8. | Powiat |  |
| 9. | Gmina |  |
| 10. | Miejscowość |  |
| 11. | Ulica |  |
| 12. | Nr budynku/Nr lokalu |  |
| 13. | Kod pocztowy |  |
| 14. | Obszar | □ obszar wiejski  □ gmina wiejska  □ gmina miejsko-wiejska  □ gmina miejska  □ miasto do 25 tys. mieszkańców  □ miasto powyżej 25 tys. mieszkańców |
| 15. | Telefon kontaktowy |  |
| 16. | Adres poczty elektronicznej (e-mail) |  |
| **SZCZEGÓŁY WSPARCIA** | 17. | Data rozpoczęcia udziału w Projekcie |  |
| 18. | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu | □ Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  □ Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  □ Osoba bierna zawodowo  □ Osoba pracująca, miejsce zatrudnienia: ………………………….............................................................................................................................. |
|  |  | W tym:  Wykonywany zawód | □ Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego  □ Pracownik instytucji rynku pracy  □ Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia  □ Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej  □ Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej  □ Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej  □ Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej  □ Nauczyciel kształcenia zawodowego  □ Nauczyciel kształcenia ogólnego  □ Nauczyciel wychowania przedszkolnego  □ Instruktor praktycznej nauki zawodu  □ Rolnik  □ Inny |
| **STATUS UCZESTNIKA** | 19. | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | □ TAK  □ NIE  □ ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| 20. | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | □ TAK  □ NIE |
| 21. | Osoba z niepełnosprawnościami | □ TAK  □ NIE  □ ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| 22. | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | □ TAK  □ NIE  □ ODMOWA PODANIA INFORMACJI |

……………………………………………………..

Data i czytelny podpis Ubiegającego się o Staż