**Załącznik nr 1 do Regulaminu**

………………………….
 miejscowość, data

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZAŁU W SZKOLENIACH DLA KADRY KIEROWNICZEJ I ADMINISTACYJNEJ**,

realizowanych w ramach projektu pt. *Wielomodułowy program poprawy efektywności i jakości funkcjonowania Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego,* zadanie 8 – Realizacja szkoleń w celu podniesienia kompetencji kadr zarządczych i administracyjnych Uczelni

nr POWR.03.05.00-00-z082/18

**DANE OSOBOWE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA** | Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Płeć | □ Kobieta □ Mężczyzna |
| Wiek w chwili przystąpienia do Projektu |  |
| Wykształcenie (wyższe, policealne, ponadgimnazjalne, gimnazjalne, podstawowe, niższe niż podstawowe) |  |
| **DANE KONTAKTOWE** | Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku/Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Obszar | □ obszar wiejski □ gmina wiejska□ gmina miejsko-wiejska□ gmina miejska□ miasto do 25 tys. mieszkańców□ miasto powyżej 25 tys. mieszkańców |
| Telefon kontaktowy |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SZCZEGÓŁY WSPARCIA** | 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: ………………………….............................................................................................................................Stanowisko: ............................................................................Jednostka organizacyjna: .............................................................................Forma zatrudnienia: etat/umowa zlecenie nr:............................................................................Data obowiązywania umowy :............................ |
|  | 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**  | 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  |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | □ TAK□ NIE□ ODMOWA PODANIA INFORMACJI |

…………………………………........

 Data i czytelny podpis Kandydatki/ta

**BILANS KOMPETENCJI**

**(wypełnia Pracownik)**

|  |  |
| --- | --- |
| **TEMAT SZKOLENIA** |  |
| **TERMIN SZKOLENIA** | \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Uzasadnienie Pracownika nt. przydatności i pilności Szkolenia w odniesieniu do zadań wynikających z opisu stanowiska pracy** |
|  |
| **Aktualny poziom wiedzy i umiejętności w zakresie wybranego Szkolenia (należy zaznaczyć jeden z poniższych punktów):** |
| 🞎 brak wiedzy i umiejętności 🞎 posiadam podstawową wiedzę i umiejętności 🞎 posiadam wiedzę na oczekiwanym poziomie, doskonalenia wymagają moje umiejętności🞎 posiadam wiedzę i umiejętności na poziomie oczekiwanym na moim stanowisku pracy |
| Data i czytelny podpis Pracownika |

**(wypełnia bezpośredni Przełożony lub Przełożony wyższego szczebla)**

|  |
| --- |
|  **Szkolenie niezbędne dla rozwoju Pracownika**  |
| 🞎 TAK 🞎 NIE  |
|  **Zgoda na nieobecność usprawiedliwioną** |
| 🞎 TAK 🞎 NIE  |
|  **Aktualny poziom wiedzy i umiejętności Pracownika w odniesieniu do zakresu Szkolenia  (zaznaczyć należy jeden z poniższych punktów)** |
|  🞎 brak wiedzy i umiejętności  🞎 posiada podstawową wiedzę i umiejętności  🞎 posiada wiedzę na oczekiwanym poziomie, doskonalenia wymagają umiejętności 🞎 posiada wiedzę i umiejętności na poziomie oczekiwanym na stanowisku pracy |
| **Uzasadnienie wniosku (cel i korzyści wynikające z podnoszenia kwalifikacji)** |
|  |
|  **Propozycja dodatkowych Szkoleń (opcjonalnie)** |
|   |
| Wyrażam zgodę na udział Kandydatki/ta w Szkoleniu: **TAK\*/NIE\*** |
| **PRZYCZYNA ODMOWY***(jeśli wybrano odpowiedź NIE)* |  |
| Data i podpis bezpośredniego Przełożonego lub Przełożonego wyższego szczebla |

**Wypełnia przed szkoleniem osoba zatrudniona w Jednostce organizacyjnej administracji, odpowiedzialnej za realizację Zadania 8**

|  |
| --- |
| **Czy Pracownik spełnia kryteria kwalifikacyjne do udziału w wybranym Szkoleniu?** |
| 🞎 TAK 🞎 NIE  |
| **Czy Pracownik zostaje zakwalifikowany do udziału w wybranym Szkoleniu?** |
| 🞎 TAK 🞎 NIE  |
| Data i Podpis osoby zatrudnionej w Jednostce organizacyjnej administracji, odpowiedzialnej za realizację Zadania 8 |

**Wypełnia po szkoleniu osoba zatrudniona w Jednostce organizacyjnej administracji, odpowiedzialnej za realizację Zadania 8**

|  |
| --- |
| **Czy Pracownik uczestniczył kompleksowo w wybranym Szkoleniu?** |
| 🞎 TAK 🞎 NIE |
| **Czy Pracownik zobowiązany będzie do zwrotu kosztów związanych ze Szkoleniem, z uwagi na niezrealizowanie Szkolenia lub niedotrzymanie warunków jego odbywania, określonych w Umowie uczestnictwa w Projekcie oraz w Regulaminie, w tym skreślenie Pracownika z listy Uczestników Projektu? (wypełnia się w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „NIE” w rubryce powyżej)**  |
| 🞎 TAK 🞎 NIE |
|  **Uwagi:** |
| Data i podpis Kierownika Zadania |

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

1. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie pt. *Wielomodułowy program poprawy efektywności i jakości funkcjonowania Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego*, nr POWR.03.05.00-00-z082/18 i w przypadku zakwalifikowania się do udziału w Szkoleniu zobowiązuje się do jego odbycia.
2. 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.
3. Oświadczam, iż:
* jestem zatrudniona/ny w GUMed na podstawie umowy o pracę\*/umowy zlecenie\* i spełniam kryteria kwalifikowalności, uprawniające do udziału w Projekcie;
* zapoznałam/łem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w szkoleniach dla kadry kierowniczej i administracyjnej, realizowanych w ramach projektu pt. *Wielomodułowy program poprawy efektywności i jakości funkcjonowania Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego*, zadanie 8 – Realizacja szkoleń w celu podniesienia kompetencji kadr zarządczych i administracyjnych Uczelni(moduł 6), Regulamin akceptuję i zobowiązuję się do jego przestrzegania;
* zostałam/łem 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 aplikacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w Projekcie;
* zobowiązuję się do aktywnego uczestnictwa w Szkoleniu, do którego zostanę zakwalifikowana/ny, oznaczającego zarówno obecność na Szkoleniu, jak również pełne zaangażowanie w proces szkoleniowy oraz każdorazowego poświadczania swojej obecności własnoręcznym podpisem na listach obecności, z wyłączeniem Szkoleń prowadzonych w formie online;
* zobowiązuję się do uczestnictwa w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu;
* zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Beneficjenta o zmianach moich danych osobowych;
* 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 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zgodnie z Załącznikiem 2 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;
* uprzedzona/ny o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszej Deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

…………………………………........

 Data i czytelny podpis Kandydatki/ta

*\*niepotrzebne skreślić*