Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA SZKOLENIE**

**W DZIEDZINIE PSYCHIATRIA DZIECI I MŁODZIEŻY**

**organizowane przez Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego w Lublinie (dalej Jednostka szkoląca) w ramach projektu**

 **„Funkcjonowanie i rozwój Regionalnego Centrum Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży przy Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. Prof. M. Kaczyńskiego w Lublinie”**

Prosimy wypełnić czytelnie, DRUKOWANYMI literami WSZYSTKIE BIAŁE POLA

|  |
| --- |
| **INFORMACJE OGÓLNE O KANDYDACIE NA UCZESTNIKA SZKOLENIA** |
| Imię |  | Nazwisko |  |
| Data urodzenia |  | Płeć |  | Kobieta |
|  | Mężczyzna |
| Pesel |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Miejsce zamieszkania[[1]](#footnote-1) |
| Ulica |  | Nr domu |  | Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  | Miejscowość |  |
| Województwo |  | Powiat |  |
| Gmina |  | Tel. kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| Posiadam wykształcenie wyższe |  TAK |  |  NIE |  |
| Wykształcenie wyższe podać w jakiej dziedzinie? |  |
| Pochodzę z terenu województwa lubelskiego |  TAK |  |  NIE |  |
| Miejsce zatrudnienia |  |
| STATUS OSOBY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU | NALEŻY ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE |
| Czy Pan/i należy do mniejszości narodowej[[2]](#footnote-2) lub etnicznej[[3]](#footnote-3),jestem migrantem[[4]](#footnote-4), obcego pochodzenia[[5]](#footnote-5) (dane wrażliwe): |  Tak Nie  Odmowa podania informacji |
| Czy Pan/i jest migrantem[[6]](#footnote-6), obcego pochodzenia[[7]](#footnote-7) (dane wrażliwe): |  Tak Nie  Odmowa podania informacji |
| Czy Pan/i pochodzi z krajów trzecich |  Tak Nie  Odmowa podania informacji |
| Czy Pan/i jest osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniemz dostępu do mieszkań[[8]](#footnote-8): |  Tak Nie  Odmowa podania informacji |
| Czy posiada Pan/i orzeczenie o niepełnosprawności[[9]](#footnote-9)(należydołączyć orzeczenie), (dane wrażliwe): |  Tak Nie  Odmowa podania informacji |
| Czy Pan/i znajduje się w innej niekorzystnej sytuacjispołecznej (innej niż wymienione powyżej):: |  Tak Nie  Odmowa podania informacji |

**ZAANGAŻOWANIE KANDYDATA DO DOSKONALENIA ZAWODOWEGO (wypełnia Kandydat)\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **TAK** | **NIE** |
|  | Czy deklaruje Pan/i gotowość systematycznego uczestnictwa w formach podnoszenia kompetencji zawodowych realizowanych w ramach Projektu – na poziomie minimum 80% frekwencji na zajęciach? |  |  |
|  | Czy deklaruje Pan/i gotowość przystąpienia do egzaminu certyfikującego po zakończeniu szkolenia |  |  |

Oświadczam, że:

• Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w szkoleniu w dziedzinie psychiatria dzieci i młodzieży, organizowanym w ramach projektu: „Funkcjonowanie i rozwój Regionalnego Centrum Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży przy Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. Prof. M. Kaczyńskiego w Lublinie” współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, realizowanego przez Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie.

• Zapoznałem/am się z zasadami udziału w ww. szkoleniu zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim. Akceptuję warunki regulaminu.

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Jednostki szkolącej o zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym (dane uczestnika, dane kontaktowe, status)

• Zostałam/em poinformowana/ny, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.

• Po otrzymaniu zaświadczenia o ukończeniu szkolenia zobowiązuję się do pozostania zatrudnionym/-ą że po uzyskaniu zaświadczenia o ukończeniu szkolenia pozostanie zatrudniony w wymiarze co najmniej 1/2 etatu przez okres 24 miesiące w jednym z ośrodków opieki środowiskowej dzieci i młodzieży - Lublin, Chełm, Cholewianka, Radecznica, Suchowola

• Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia.

• Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.

• Deklaruję uczestnictwo w całym cyklu szkoleniowym, równocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Jednostkę szkolącą

• Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Jednostkę szkolącą oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej.

• Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Jednostkę szkolącą

• Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że ww. dane oraz dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Miejscowość .........................., dnia .............................

CZYTELNY podpis kandydata ................................................................

Załączniki:

1. Kopia dyplomu ukończenia studiów wyższych.

2. Orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia (w przypadku osób niepełnosprawnych).

3. CV wraz z wyszczególnionym doświadczeniem w pracy z rodziną lub dziećmi i młodzieżą z klauzulą RODO.

**Formularz potrzeb Osób Niepełnosprawnych:**

**Dotyczy osób z orzeczeniem o niepełnosprawności**

Pyt. 1. Czy w przypadku uczestnictwa w szkoleniu w dziedzinie psychiatria dzieci i młodzieży organizowanego w ramach projektu: „Funkcjonowanie i rozwój Regionalnego Centrum Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży przy Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. Prof. M. Kaczyńskiego w Lublinie” będą Panu/Pani potrzebne dodatkowe usprawnienia? *Proszę przy każdym z niżej wymienionych usprawnień zaznaczyć odpowiedź TAK lub* *NIE.*

Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych □ TAK □ NIE

Alternatywne formy materiałów szkoleniowych/ pomocniczych □ TAK □ NIE

Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie □ TAK □ NIE

Zapewnienie tłumacza języka migowego □ TAK □ NIE

Inne usprawnienia/potrzeby □ TAK □ NIE

Pyt. 2. W przypadku zaznaczenia w pytaniu 1 odpowiedzi „TAK” proszę o uzasadnienie konieczności poniesienia przez Beneficjenta kosztu wprowadzenia danego usprawnienia w zakresie organizowanego szkolenia w ramach projektu: „Funkcjonowanie i rozwój Regionalnego Centrum Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży przy Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. Prof. M. Kaczyńskiego w Lublinie”

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Zgodnie z art. 25 Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu [↑](#footnote-ref-1)
2. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. [↑](#footnote-ref-2)
3. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości etniczne to mniejszości: karaimska, łemkowska, romska, tatarska [↑](#footnote-ref-3)
4. Cudzoziemcy na stale mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. [↑](#footnote-ref-4)
5. Cudzoziemcy –każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie posiadania obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski. [↑](#footnote-ref-5)
6. Cudzoziemcy na stale mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. [↑](#footnote-ref-6)
7. Cudzoziemcy –każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie posiadania obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski. [↑](#footnote-ref-7)
8. Zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się 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/szpitale, 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) [↑](#footnote-ref-8)
9. Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów 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), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. [↑](#footnote-ref-9)