Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie, ul.dr.J.Babińskiego 29, 30-393 Kraków
Infolinia Projektu kom. 504-947-744, tel. 12 65-24-598, tel. 12 65-24-427, tel. kom. 881-940-522
fax 12 262-13-35 www.kontaktwleczeniu.pl

Wypełnij formularz zgłoszeniowy i prześlij faxem: **tel. (12) 12 262-13-35**, pocztą e-mail na adres: jolanta.wdowka@babinski.pl lub pocztą tradycyjną na adres Biura Projektu

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

uczestnictwa w **bezpłatnym** szkoleniu **dla personelu medycznego i niemedycznego** pt.:

„Komunikacja interpersonalna w obsłudze pacjenta cierpiącego na zaburzenia psychiczne lub rodziny pacjenta"

dla grup zawodowych:

- ☐ **lekarz/ inny zawód medyczny / nie medyczny /wykładowca z zakresu ochrony zdrowia**
- ☐ **pielęgniarka/pielęgniarz / położna/ inny zawód medyczny /nie medyczny / wykładowca z zakresu ochrony zdrowia**
- ☐ **farmaceuta**
- ☐ **pracownik rejestracji/ sekretarka medyczna**

[właściwe zaznaczyć]

data szkolenia:	**miejsce szkolenia: .....**

[wpisać dane zgodnie z harmonogramem szkoleń]

Dane zgłoszeniowe uczestnika szkolenia:

1. Nazwisko i imię .....
2. Data i miejsce urodzenia ..... Nr PESEL .....
3. Adres zamieszkania:

województwo	*powiat*	*miejscowość*	*kod pocztowy*

ulica	*numer domu*	*nr mieszkania*

4. Adres do korespondencji:

województwo	*powiat*	*miejscowość*	*kod pocztowy*

ulica	*numer domu*	*nr mieszkania*

Zadanie finansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020

Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie, ul.dr.J.Babińskiego 29, 30-393 Kraków
Infolinia Projektu kom. 504-947-744, tel. 12 65-24-598, tel. 12 65-24-427, tel. kom. 881-940-522
fax 12 262-13-35 www.kontaktwleczeniu.pl

5. Telefon kontaktowy ....., kom. .....

adres e-mail: .....

6. Wykształcenie .....

7. Tytuł zawodowy:

lekarz ☐ **pielęgniarka/pielęgniarz/położna** ☐ **farmaceuta** ☐ **inny zawód** ☐

[właściwe zaznaczyć]

8. Numer PWZ (prawa wykonywania zawodu) .....

wydany przez .....

[wypełnić w przypadku wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki/pielęgniarza, położnej, farmaceuty]

9. Staż pracy w zawodzie:

☐ krócej niż 5 lat ☐ 5-15 lat ☐ 15-25 lat ☐ powyżej 25 lat

[właściwe zaznaczyć]

W swojej praktyce zawodowej mam kontakt z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi lub rodziną pacjenta:

- ☐ sporadycznie – raz w miesiącu lub rzadziej,
- ☐ rzadko – kilka razy w miesiącu ale nie częściej niż raz w tygodniu,
- ☐ często – klika razy w tygodniu ale nie częściej niż raz w ciągu dnia pracy.
- ☐ bardzo często – więcej niż raz w ciągu dnia pracy.

[właściwe zaznaczyć]

10. Nazwa i adres miejsca pracy:

[podać dokładną nazwę]

województwo	*powiat*	*miejscowość*	*kod pocztowy*

ulica	*numer lokalu*

Nr telefonu	*adres e-mail*

zajmowane stanowisko .....

Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie, ul.dr.J.Babińskiego 29, 30-393 Kraków
Infolinia Projektu kom. 504-947-744, tel. 12 65-24-598, tel. 12 65-24-427, tel. kom. 881-940-522
fax 12 262-13-35 www.kontaktwleczeniu.pl

Oświadczenia Wnioskodawcy:

☑ Oświadczam, iż przedstawione dane w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem faktycznym, a w szczególności dane dotyczące zatrudnienia oraz wykształcenia.

☑ Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w czasie realizacji Projektu przez Szpital Kliniczny im. dr. J.Babińskiego SPZOZ w Krakowie, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz. Ustaw z 2018 poz. 1000, w związku z Rozporządzeniem 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, dalej: RODO -Dz. Urz. UE L 119, s. 1).

☑ Oświadczam, iż zapoznałam/em się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie* oraz akceptuję jego treść.

☑ Oświadczam, iż wyrażam zgodę na otrzymywanie drogą elektroniczną informacji dotyczącej realizacji Projektu.

....

miejscowość, data *podpis Wnioskodawcy*

Potwierdzenie zgłoszenia

Po otrzymaniu formularza zgłoszenia prześlemy Państwu potwierdzenie zakwalifikowania do udziału w Projekcie (szkoleniu) na wskazany adres e-mail, zgodnie z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.*

KWALIFIKACJA DO UCZESTNICTWA W SZKOLENIU:

Data wpływu do Biura Projektu…… Nr kolejny zgłoszenia …….

ZAKWALIFIKOWANO/NIEZAKWALIFIKOWANO UCZESTNIKA DO UDZIAŁU W SZKOLENIU

NR …… , DLA GRUPY ZAWODOWEJ ……

LOKALIZACJA SZKOLENIA …… TERMIN ……

……

podpis pracownika ds. rekrutacji