

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROGRAMU PACJENT STANDARYZOWANY

Bardzo dziękujemy za zainteresowanie Programem Pacjent Standaryzowany. Aby pomóc nam określić najodpowiedniejszy sposób i formę pracy dla Pani/Pana jako standaryzowanego pacjenta potrzebujemy zadać kilka osobistych pytań. Te informacje traktowane będą jako poufne i dostępne tylko na potrzeby programu standaryzowanego pacjenta realizowanego przez Państwową Szkołę Wyższą im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej.

I. Kryteria dostępu

	SPEŁNIA	NIE SPEŁNIA
	<i>wypełnia pracownik Biura Projektu</i>	
<p>Oświadczam, że spełniam wszystkie kryteria uczestnictwa w programie „Pacjent Standaryzowany”, tzn.</p> <p>(zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce/uzupełnić):</p>		
<input type="checkbox"/> jestem osobą powyżej 18 roku życia		
<input type="checkbox"/> jestem osobą gotową do wyuczenia się roli pacjenta i odgrywania jej w sposób powtarzalny;		
<input type="checkbox"/> nie cierpię na zaburzenia psychiczne		
<input type="checkbox"/> nie jestem w procesie żałoby (nie utraciłem/am nikogo bliskiego w ciągu ostatnich dwóch lat)		
<input type="checkbox"/> wyrażam gotowość do uczestnictwa w zajęciach z elementami badania fizykalnego przeprowadzanego przez studenta (m.in. dotyk, badanie określonych części ciała, zdjęcie ubrań);		
<input type="checkbox"/> nie doświadczyłem/am traumy		
<p>.....</p> <p><i>data</i></p>	<p>.....</p> <p><i>czytelny podpis Kandydata</i></p>	



II. Dane osobowe uczestnika projektu

Imiona:			
Nazwisko:			
Płeć: (zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce):	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta	Wiek:	
Adres zamieszkania:	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
	Kod pocztowy	Miejscowość	Województwo
	Gmina	Powiat	
Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż powyżej):	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
	Kod pocztowy	Miejscowość	Województwo
	Gmina	Powiat	
Telefon kontaktowy:		Adres e-mail:	
Status osoby projektu w chwili przystąpienia do projektu:	1.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania danych
	2.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	3.	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania danych
	4.	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	5.	w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



	6.	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	7.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania danych
	8.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo ¹ <input type="checkbox"/> osoba pracująca, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie

III. Wykształcenie / Doświadczenie

Wykształcenie*	wyższe	średnie	podstawowe	Wykonywany zawód	
Język ojczysty			Język obcy (jeśli dotyczy)	_____	
Język migowy*	TAK	NIE		(podstawowy / biegle z mowie i piśmie)*	
Języki obce*	TAK	NIE		_____	
				(podstawowy / biegle z mowie i piśmie)*	
Czy ma Pan/Pani jakieś doświadczenia związane z występowaniem na scenie / odgrywaniem roli?*				TAK	NIE
- jeśli tak, proszę krótko opisać swoje doświadczenia					

¹To osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Za biernych zawodowo uznaje się m.in. studentów studiów stacjonarnych emerytów, rencistów, osoby otrzymujące alimenty, stypendium bądź pomoc opieki społecznej.



Czy ma Pan/Pani jakieś doświadczenia związane z nauczaniem?*	TAK	NIE	
	- jeśli tak, proszę krótko opisać swoje doświadczenia		
Zainteresowania / hobby			

*zakreślić właściwe

IV. Inne dane

- Standaryzowani pacjenci angażowani są w nauczanie procedur związanych z badaniem fizykalnym (np. pomiar ciśnienia, osłuchiwanie serca, klatki piersiowej, badanie brzucha).

Czy Pan/Pani czułby się komfortowo w takiej sytuacji?

- TAK
 NIE

- Niektóre zajęcia dydaktyczne i egzaminy są nagrywane na video.

Czy Pan/Pani będzie czuć się komfortowo w takiej sytuacji?

- TAK
 NIE

- Dyspozycyjność. Proszę określić w jakich godzinach jest Pan/Pani dyspozycyjna:

godziny	poniedziałek	Wtorek	środa	czwartek	piątek
8 - 12					
12 - 16					
16 - 20					

V. Proponowane wynagrodzenie za udział pacjenta standaryzowanego w zajęciach dydaktycznych/ egzaminie OSCE

Wynagrodzenie	Kwota brutto
Stawka za godzinę dydaktyczną (wypełnia Kandydat do Programu)



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



VI. Oświadczenia

Uprzedzony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń wynikających z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym dane są zgodne z prawdą.

Dodatkowo:

1. Jestem świadomy/a, że koszt uczestnictwa w Programie „Pacjent Standaryzowany” realizowanym w ramach projektu „Monoprofilowe Centrum Symulacji Medycznej - nowa jakość kształcenia na kierunku Pielęgniarstwo w PSW w Białej Podlaskiej” pokrywany jest w całości ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz budżetu państwa. Ponadto, zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym mającym określić moje predyspozycje do udziału w Programie/projekcie.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem programu „Pacjent Standaryzowany” realizowanego w ramach projektu „Monoprofilowe Centrum Symulacji Medycznej - nowa jakość kształcenia na kierunku Pielęgniarstwo w PSW w Białej Podlaskiej” i akceptuję jego treść, a w przypadku, gdy zostanę zakwalifikowany/a do udziału w Programie, zobowiązuję się przestrzegać postanowień w/w regulaminu.
4. Nie zamierzam powierzać podwykonawcy/om niniejszego zamówienia.
5. Jestem świadomy/-a, iż zajęcia będą prowadzone w Monoprofilowym Centrum Symulacji Medycznej Państwowej Szkoły Wyższej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej.
6. W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Beneficjenta Projektu (Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej) oraz Partnera Projektu (Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Medycyny Szkolnej i Opieki Długoterminowej w Domu Chorego „VITA”).
7. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w programie „Pacjent Standaryzowany i Symulowany” w ramach Projektu.
8. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.
9. Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że nie byłem/am karany/a za przestępstwa popełnione umyślnie (w tym przestępstwa skarbowe); nie jest prowadzone przeciwko mnie postępowanie o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z pełni praw publicznych.

(miejscowość i data)

(czytelny podpis)

Dane osobowe kandydata gromadzone są i przetwarzane wyłącznie w celach związanych z realizacją procesu rekrutacji do Programu Pacjenta Standaryzowanego „PS” i nie będą przedmiotem sprzedaży i udostępniania innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów i okoliczności ich ujawnienia przewidzianych przepisami prawa. Każda osoba udostępniająca swoje dane osobowe ma prawo dostępu do treści danych, ich poprawiania, modyfikacji oraz skorzystania w innych uprawnieniach wynikających z art. 32 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2014 r., poz. 1182 z późn. zm.)



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

