Formularz zgłoszenia

Program POWER SIM-VID

ZAKRES PODSTAWOWY / ZAAWANSOWANY\*

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE** |
| Tytuł zawodowy / stopień naukowy |  |
| Imię  |  |
| Nazwisko |  |
| Obywatelstwo  | POLSKIE |
| PESEL |  |
| Płeć  | KOBIETA / MĘŻCZYZNA\* |
| Bariery ze względu na niepełnosprawność | TAK/NIE\* |
| Data urodzenia |  |
| Numer prawa wykonywania zawodu |  |
| Komórkowy telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail do korespondencji |  |

*Adres e-mail jest obowiązkowy i będzie służył jedynie do prowadzenia*

*korespondencji w zakresie obsługi uczestnictwa w Programie PO-WER-SIMVID*

|  |  |
| --- | --- |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI** |  |
| Adres |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Województwo |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREFEROWANE TERMINY KURSU** |  |
| 1) |  |
| 2) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **MIEJSCE ZATRUDNIENIA /REZYDENTURY** |  |
| Adres |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Województwo |  |
|  Nazwa instytucji |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SPECJALIZACJE** |  |
| Posiadana specjalizacja |  |
| Rok uzyskania specjalizacji |  |
| Rozpoczęta specjalizacja |  |
| Data rozpoczęcia specjalizacji |  |
| Planowana data zakończenia specjalizacji |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INNE**  |  |
| Nocleg\* | TAK/NIE\* |
| Preferencje dotyczące cateringu |  |

**\* projekt zakłada darmowy nocleg dla uczestników, którzy posiadają miejsce zamieszkania w miejscowości innej niż ta miejscowość, w której odbywa się szkolenie**

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji Programu POWER SIM-VID (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie 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 (RODO)).

Data i podpis

Do podania załączam:

 ☐ potwierdzoną przez kierownika jednostki liczbę i rodzaj zabiegów minimalnego dostępu, w których kandydat uczestniczył jako obserwator, asystent lub pierwszy operator;

 ☐ potwierdzenie gotowości oddelegowania pracownika na szkolenie w IP-CZD przez jednostkę, w której kandydat jest zatrudniony;

 ☐ informację dotyczącą możliwych barier ze względu na niepełnosprawność;