

Szpital Specjalistyczny 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

[właściwie 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	miejsowość	kod pocztowy
-------------	--------	------------	--------------

ulica	numer domu	nr mieszkania
-------	------------	---------------

4. Adres do korespondencji:

województwo	powiat	miejsowość	kod pocztowy
-------------	--------	------------	--------------

ulica	numer domu	nr mieszkania
-------	------------	---------------

Szpital Specjalistyczny 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 – kilka 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]			
------------------------	--	--	--

[podać dokładną nazwę]

województwo	powiat	mięscowość	kod pocztowy
-------------	--------	------------	--------------

ulica	numer lokalu
-------	--------------

Nr telefonu	adres e-mail
-------------	--------------

zajmowane stanowisko

Szpital Specjalistyczny 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 Specjalistyczny 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.

.....
miejsowość, 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