**Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa**

**im. Jana Amosa Komeńskiego w Lesznie**

**ul. Mickiewicza 5**

**64-100 Leszno**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

instytucji do przeprowadzenia dodatkowych zajęć dla studentów służących nabyciu kompetencji w zakresie zmieniających się trendów epidemiologiczno-demograficznych w projekcie pn. „Doskonalenie procesu kształcenia praktycznego na kierunku Pielęgniarstwo PWSZ im. J. A. Komeńskiego w Lesznie przez wdrożenie programu rozwojowego podnoszącego kompetencje studentów z wykorzystaniem symulacji medycznej” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Nazwa Instytucji: ……………………………………………………………………………………………………………………..

Adres: ………………………………………………………………………………………………………………………

Nr telefonu/e-mail: ………………………………………………………………………………………………………………………

Osoba uprawniona do kontaktu (imię i nazwisko, nr telefonu, adres e-mail):

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Wyrażam/y gotowość podjęcia współpracy w zakresie organizacji i przeprowadzenia zajęć dla studentów kierunku Pielęgniarstwo PWSZ im. J.A. Komeńskiego w Lesznie, służących nabyciu kompetencji w zakresie zmieniających się trendów epidemiologiczno-demograficznych w projekcie pn. „Doskonalenie procesu kształcenia praktycznego na kierunku Pielęgniarstwo PWSZ im. J. A. Komeńskiego w Lesznie przez wdrożenie programu rozwojowego podnoszącego kompetencje studentów z wykorzystaniem symulacji medycznej”.

2. Oświadczam/y, że posiadam/y bazę niezbędną do realizacji celów zajęć oraz pracowników z doświadczeniem niezbędnym do przeprowadzenia zajęć w zakresie określonym przez Uczelnię.

3. Jestem/śmy świadomy/i faktu, iż niniejsze zgłoszenie nie stanowi zobowiązania żadnej ze stron (Uczelni i Instytucji) do podjęcia współpracy w zakresie przeprowadzenia zajęć dla studentów kierunku Pielęgniarstwo PWSZ im. J.A. Komeńskiego w Lesznie, służących nabyciu kompetencji w zakresie zmieniających się trendów epidemiologiczno-demograficznych.

4. Oświadczamy, że w przypadku braku możliwości realizacji zajęć w oddziale szpitalnym spowodowanym sytuacją epidemiologiczną, zajęcia będą kontynuowane w formie uzgodnionej z Uczelnią.

5. Informacje wymagane w **procedurze** naboru:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Opis kryterium**  | **Odpowiedź** | **Liczba** **przyznanych** **punktów** (wypełnia Uczelnia) |
| Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź | Liczba lat |
| 1 | Doświadczenie w zakresie prowadzenia zajęć dydaktycznych dla studentów kierunku Pielęgniarstwo  |  TAK / NIE |  |  |
| 2 | Posiadanie oddziałów/pracowni niezbędnego do przeprowadzenia zajęć |  |
| Oddział Urologiczny  | TAK / NIE |  |
| Oddział Kardiologiczny | TAK / NIE |  |
| Pracownia Endoskopowa | TAK / NIE |  |
|  Łączna liczba punktów: |  |

6. Wykaz osób wskazanych do realizacji zajęć ze studentami w poszczególnych oddziałach/pracowniach. Ze wskazanymi osobami podpisane zostaną umowy cywilno-prawne, na podstawie których zostanie im wypłacone wynagrodzenie wg stawek określonych we wniosku o dofinansowanie projektu.\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i Nazwisko** | **Informacja dotycząca osób wyznaczonych do prowadzenia zajęć**(wykształcenie, tytuł zawodowy, stopień naukowy) | **Kontakt**Telefon / e-mail |
| Oddział Urologiczny  |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| Oddział Kardiologiczny |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| Pracownia Endoskopowa |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

7. Oświadczamy, że wszystkie osoby wymienione w powyższej tabeli, wytypowane z ramienia naszej instytucji, jako osoby do prowadzenia zajęć służących nabyciu kompetencji w zakresie zmieniających się trendów epidemiologiczno-demograficznych są pracownikami naszej instytucji.

………………………, dnia …………………… ………….………………………………….

 Pieczęć i podpis osoby upoważnionej

\* W przypadku koniecznej zmiany osób do prowadzenia zajęć Instytucja zobowiązana jest wskazać nową osobę.

**Klauzula informacyjna**

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. J.A. Komeńskiego mieszcząca się przy ulicy A. Mickiewicza 5 w Lesznie.

2. Administrator Danych Osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych z którym można się skontaktować pod adresem e-mail: iodo@pwsz.edu.pl

3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu dopełnienia obowiązków wynikających z przepisów prawa, na podstawie art. 6 ust 1, ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres realizacji projektu, a następnie zostaną zarchiwizowane na czas ustalony w umowie realizacji projektu.

4. Państwa dane będą udostępniane Instytucji Pośredniczącej – Ministerstwu Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa.

5. Państwa dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.

6. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych przez PWSZ w Lesznie przysługuje Państwu prawo do:

• dostępu do treści danych,

• ograniczenia przetwarzania,

• sprostowania danych,

• przeniesienia danych,

• cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,

7. W sytuacji gdy Państwa dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z prawem przysługuje Państwu prawo do zgłoszenia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

8. Państwa dane nie będą poddawane profilowaniu.

9. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, ale jest niezbędne do zawarcia umowy.