

Poznań 23.09.2019r.

**Zasady rekrutacji na kurs instruktorski EuSim - Poziom 2 (międzynarodowy) dla pracowników Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**

**Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, w ramach realizacji projektu:**

Kurs "Techniki pozaustrojowego wspomaganie funkcji życiowych z wykorzystaniem ECMO" - realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego,

**ogłasza rekrutację na wyjazd na Poziom 2 (międzynarodowy) - kurs instruktorski EuSim Copenhagen Academy for Medical Education and Simulation (CAMES) Kopenhaga, Dania, w dniach 9–11 października 2019 r**

Szczegółowe informacje na temat konferencji dostępne są na stronie internetowej: [www.eusim.org](http://www.eusim.org)

## 1. Uczestnicy:

- 1.1 W rekrutacji mogą wziąć udział pracownicy naukowo- dydaktyczni i techniczni Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu .
- 1.2 W celu zgłoszenia się należy wypełnić załączony FORMULARZ OSOBOWY UCZESTNIKA PROJEKTU, oraz FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY, podpisać je i wysłać oryginał na adres UMP, Ul. Fredry 10, pokój 143
- 1.3 Ilość osób, które zostaną zakwalifikowane na wyjazd: 2

## 2. Rekrutacja:

- 2.1 Kwalifikacja odbywać się będzie na podstawie następujących kryteriów:
  - a) osoba zaangażowana w pracę na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu - 1 pkt za każdy rok pracy.
  - b) osoba odpowiedzialna za wykonanie zadań w Projekcie "Techniki pozaustrojowego wspomaganie funkcji życiowych z wykorzystaniem ECMO" w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu" – 10 pkt.
  - c) współorganizacja kursu o tematyce ECMO z wykorzystaniem metod symulacyjnych – 2 pkt. za każdy kurs.
  - d) koordynacja programu (projektu) POWER – 1 pkt
  - e) niezbędna znajomość języka angielskiego

- 2.2 W przypadku uzyskania równoważnej liczby punktów, o kwalifikacji do wyjazdu decyduje Komisja Rekrutacyjna.
- 2.3 Po zakończeniu rekrutacji zostanie sporządzona lista podstawowa oraz lista rezerwowa uczestników chętnych do udziału w kursie EUSim  
Lista podstawowa obejmować będzie 2 osoby, których wnioski uzyskają najwyższą ocenę.
- 2.4 Osoby zakwalifikowane do wyjazdu na konferencję zobowiązane będą do podpisania przed otrzymaniem wsparcia Oświadczenia uczestnika projektu zgodnie z umową o dofinansowanie projektu. Odmowa podpisania oświadczenia równoznaczne jest z rezygnacją z wyjazdu.
- 2.5 Nie ma możliwości rezygnacji z udziału w wyjeździe na konferencję, z wyjątkiem sytuacji losowych. Miejsce osoby, która zrezygnowała z udziału w kursie zajmuje osoba z listy rezerwowej, na podstawie wyniku rekrutacji.

### **3. Realizacja:**

- 3.1 Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu zobowiązuje się do pokrycia kosztów udziału w konferencji, przeznaczonych w szczególności na sfinansowanie:
  - a) kosztów biletów lotniczych,
  - b) kosztów zakwaterowania i diet,
  - c) opłaty konferencyjnej,
  - d) ubezpieczenia

### **4. Termin rekrutacji: do 26.09.2019r.**

## FORMULARZ OSOBOWY UCZESTNIKA PROJEKTU

„Realizacja Programu Rozwojowego w zakresie Symulacji Medycznej w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” nr POWR.05.03.00-00-0005/15-00

DANE UCZESTNIKA			
Kraj			
Imię		Nazwisko	
Pesel		Płeć	Kobieta      Mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu			
Wykształcenie			
Gimnazjalne	Policealne	Ponadgimnazjalne	Wyższe
DANE KONTAKTOWE			
Województwo		Powiat	Gmina
Miejscowość		Ulica	Nr budynku      Nr lokalu
Kod pocztowy		Nr telefonu	Email
SZCZEGÓŁY WSPARCIA			
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu			
<b>Bezrobotny</b>	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		
	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		
	Osoba bierna zawodowo	Osoba ucząca się	
		Osoba nieuczestnicząca w szkoleniu lub kształceniu	
<b>Zatrudniony</b>	Osoba pracująca w administracji rządowej		
	Osoba pracująca w administracji samorządowej		
	Inne		
	Osoba pracująca w MMŚP		
	Osoba pracująca w organizacji pozarządowej		
	Osoba prowadząca działalność na własny rachunek		
	Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie		
<b>Wykonywany zawód</b>	Inny		
	Instruktor praktycznej nauki zawodu		
	Nauczyciel kształcenia ogólnego		
	Nauczyciel wychowania przedszkolnego		
	Nauczyciel kształcenia zawodowego		
	Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia		
	Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej		

	Pracownik instytucji rynku pracy
	Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
	Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
	Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
	Pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej
	Rolnik
<b>Miejsce pracy</b>	
<b>STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU</b>	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	Nie
	Odmowa podania informacji
	Tak
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	Nie
	Tak
Osoba z niepełnosprawnościami	Nie
	Odmowa podania informacji
	Tak
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione)	Nie
	Tak
	Odmowa podania informacji

Oświadczam, że

1. Zostałem/am poinformowany/a, iż projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój;
2. Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń i jednocześnie potwierdzam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą,
3. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie.

.....

**Czytelny podpis uczestnika**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA WYJAZD NA POZIOM 2 (MIĘDZYNARODOWY) - KURS INSTRUKTORSKI EUSIM COPENHAGEN ACADEMY FOR MEDICAL EDUCATION AND SIMULATION (CAMES) KOPENHAGA, DANIA, W DNIACH 9–11 PAŹDZIERNIKA 2019 R**

**W RAMACH PROJEKTU KURS "TECHNIKI POZAUSTROJOWEGO WSPOMAGANIA FUNKCJI ŻYCIOWYCH Z WYKORZYSTANIEM ECMO" - REALIZOWANY W RAMACH PROGRAMU OPERACYJNEGO WIEDZA EDUKACJA ROZWÓJ 2014-2020 WSPÓŁFINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO**

Stopień/tytuł, imię i nazwisko kandydatki/kandydata:

.....

1. Telefon:

.....

2. E-mail:

.....

3. Miejsce zatrudnienia (nazwa wydziału, nazwa katedry, inne, adres, telefon):

.....

4. Doświadczenie w pracy dydaktycznej

.....

5. Forma zaangażowania w Projekt Kurs "Techniki pozaustrojowego wspomaganie funkcji życiowych z wykorzystaniem ECMO

6. ....

7. Kierownik ECMO TAK /NIE

8. Koordynator ECMO TAK/NIE

9. Inne w POWER TAK/NIE

Na potwierdzenie informacji podanych powyżej dopuszczalne jest dołączenie załączników.

.....  
Podpis kandydatki/kandydata

1.