Aktualizacja z dn.07.09.2020 r.

**Regulamin rekrutacji na kursy instruktorów z zakresu symulacji medycznej**

**dla kadry dydaktycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego - Collegium Medicum**

**realizowany w ramach projektu:**

*Dydaktyka, Innowacja, Rozwój. Podniesienie jakości kształcenia poprzez rozwój innowacyjnej edukacji*

**§1 Zakres regulaminu**

1. W związku z realizacją projektu *Dydaktyka, Innowacja, Rozwój. Podniesienie jakości kształcenia poprzez rozwój innowacyjnej edukacji*, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, nr umowy o dofinansowanie: POWR.05.03.00-00-0006/15-00, **Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum ogłasza rekrutację kandydatów na kursy instruktorów z zakresu symulacji medycznej (kursy podstawowe) dla kadry dydaktycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego - Collegium Medicum, które odbędą się w Krakowie w dniach:**

**Edycja 1: 25-27.09.2020 r.**

**Edycja 2: 30.09-02.10.2020 r.**

1. Regulamin określa zasady rekrutacji i udziału osób realizujących zadania dydaktyczne na rzecz UJ CM, pozwalające na udział w kursach, o których mowa w ust. 1.
2. Nadzór nad prawidłową realizacją Projektu sprawuje Kierownik Projektu wraz z Komitetem Wykonawczym Projektu oraz Radą Projektu.
3. Kursy zostaną zorganizowane przy spełnieniu warunków wynikających z treści Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii.

**§2 Uczestnicy**

1. Uczestnikami kursów , o których mowa w par. 1 ust. 1 mogą być osoby realizujące zadania dydaktyczne na rzecz UJ CM na kierunkach: lekarskim, lekarsko-dentystycznym, pielęgniarstwie, położnictwie.
2. Warunkiem dopuszczenia do postępowania rekrutacyjnego jest złożenie formularza aplikacyjnego wraz z załącznikami i informacji o przetwarzaniu danych osobowych **do dnia -14.09.2020 r. do godz. 14:00** elektronicznie na adres [ciem@cm-uj.krakow.pl](mailto:ciem@cm-uj.krakow.pl) lub osobiście do Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej, ul. Medyczna 7, 30-688 Kraków, pokój nr 0.19.

**§3 Rekrutacja**

1. Kwalifikacja odbywać się będzie na podstawie następujących kryteriów:
2. doświadczenie w prowadzeniu zajęć z zakresu symulacji medycznej, (0-5 pkt),
3. osiągnięcia z zakresu symulacji medycznej (odbyte staże, nagrody, inne), (0-3 pkt),
4. dodatkowe osiągnięcia dydaktyczne (praca naukowa i publikacje z zakresu edukacji medycznej), (0-1 pkt),
5. zaplanowane prowadzenie zajęć z zakresu symulacji medycznej w semestrze  
   zimowym 2020 r. (0-5 pkt),
6. w przypadku, gdy kwalifikacja na podstawie kryteriów określonych w punktach a-d nie pozwoli na jednoznaczną klasyfikację kandydatów, pierwszeństwo będą miały osoby, które dotychczas nie uczestniczyły w szkoleniach i kursach finansowanych w ramach Projektu.
7. Decyzję w sprawie ostatecznej listy uczestników w/w kursów podejmuje Kierownik Projektu. W przypadku dużej liczby kandydatów Kierownik Projektu może zorganizować rozmowę kwalifikacyjną.
8. Po zakończeniu rekrutacji zostanie sporządzona lista podstawowa oraz lista rezerwowa uczestników chętnych do udziału w kursach z zakresu symulacji medycznej. **Lista podstawowa obejmować będzie:**
9. **maksymalnie 16 osób dla Edycji 1,**
10. **maksymalnie 8 osób dla Edycji 2,**

**których wnioski uzyskają najwyższą ocenę**. Kierownik Projektu zastrzega sobie prawo do zmiany w liście podstawowej maksymalnej liczby osób na w/w kurs w przypadku dużej liczby zgłoszeń. Jedna osoba może uczestniczyć tylko w jednej edycji kursu.

1. Osoba zakwalifikowana do uczestnictwa w kursie zobowiązuje się do potwierdzenia uczestnictwa lub rezygnacji w terminie do 48 godzin od otrzymania decyzji. Decyzja zostanie przekazana drogą elektroniczną lub telefoniczną. Brak potwierdzenia będzie skutkował skreśleniem z listy uczestników.
2. Osoba zakwalifikowana do udziału w kursie zobowiązana będzie do podpisania Oświadczenia uczestnika projektu oraz Oświadczenia dotyczącego danych osobowych, których wzory stanowią załączniki 1 i 2 do regulaminu rekrutacji. Odmowa podpisania doświadczeń równoznaczna jest z rezygnacją z uczestnictwa w kursie.
3. Nie ma możliwości rezygnacji z udziału w kursie, z wyjątkiem sytuacji losowych. Miejsce osoby, która zrezygnowała z udziału w kursie zajmuje osoba z listy rezerwowej, na podstawie wyniku rekrutacji.
4. Rezygnacja z udziału w kursie bez uzasadnionej przyczyny może być przesłanką do żądania od uczestnika zwrotu kosztów dofinansowania.

**§4 Realizacja**

1. UJ CM zobowiązuje się do pokrycia kosztów udziału w kursie, przeznaczonych w szczególności na sfinansowanie kosztów organizacji kursu.
2. UJ CM zastrzega sobie możliwość rezygnacji z przeprowadzenia w/w kursu. W takim przypadku osoby, które znalazły się na liście podstawowej będą miały pierwszeństwo udziału w kolejnych planowanych edycjach w/w kursu.
3. Kierownik Projektu zastrzega sobie prawo do wprowadzania zmian w niniejszym Regulaminie.

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W KURSIE INSTRUKTORÓW SYMULACJI MEDYCZNEJ   
W RAMACH PROJEKTU „Dydaktyka, Innowacja, Rozwój. Podniesienie jakości kształcenia poprzez rozwój innowacyjnej edukacji”

Zgłoszenie dotyczy kursu w terminie (proszę zaznaczyć wybrany termin):

🞎 25-27.09.2020 r. (Edycja 1)

🞎 30.09-02.10.2020 r. (Edycja 2)

Stopień/tytuł, imię i nazwisko kandydatki/kandydata:

....................................................................................................................................................

1. Telefon:

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

1. E-mail:

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

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

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

1. Kierunek, na którym kandydatka/kandydat realizuje zajęcia dydaktyczne

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

1. Doświadczenie w prowadzeniu zajęć z zakresu symulacji medycznej (proszę opisać):

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

1. Formalne szkolenie z zakresu symulacji medycznej (proszę opisać):

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

1. Osiągnięcia w zakresie symulacji medycznej (proszę opisać):

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

1. Dodatkowe osiągnięcia dydaktyczne (proszę opisać):

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

1. Zaplanowane prowadzenie zajęć z zakresu symulacji medycznej w semestrze  
   zimowym 2020 r. (proszę opisać rodzaj zajęć / liczbę godzin):

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

Na potwierdzenie informacji podanych powyżej dopuszczalne jest dołączenie załączników.

…………………………………………………

Data i podpis kandydatki/kandydata

\* Podpisanie niniejszego formularza oznacza akceptację zasad określonych w ogłoszeniu.

**Załącznik nr 1 do formularza zgłoszeniowego**

Oświadczenie

Ja, niżej podpisana/y (imię i nazwisko) ………………………………………………………………, podnosząc swoje kwalifikacje zawodowe poprzez uczestnictwo w kursie instruktorów symulacji medycznej przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z zapisami art. 1035 Kodeksu Pracy:

„Pracownik podnoszący kwalifikacje zawodowe:

1. który bez uzasadnionych przyczyn nie podejmie podnoszenia kwalifikacji zawodowych albo przerwie podnoszenie tych kwalifikacji,

2. z którym pracodawca rozwiąże stosunek pracy bez wypowiedzenia z jego winy, w trakcie podnoszenia kwalifikacji zawodowych lub po jego ukończeniu, w terminie określonym w umowie, o której mowa w art. 1034, nie dłuższym niż 3 lata,

3. który w okresie wskazanym w pkt 2 rozwiąże stosunek pracy za wypowiedzeniem, z wyjątkiem wypowiedzenia umowy o pracę z przyczyn określonych w art. 943,

4. który w okresie wskazanym w pkt 2 rozwiąże stosunek pracy bez wypowiedzenia na podstawie art. 55 lub art. 943, mimo braku przyczyn określonych w tych przepisach

- jest obowiązany do zwrotu kosztów poniesionych przez pracodawcę na ten cel z tytułu dodatkowych świadczeń, w wysokości proporcjonalnej do okresu zatrudnienia po ukończeniu podnoszenia kwalifikacji zawodowych lub okresu zatrudnienia w czasie ich podnoszenia.

Oświadczam, że uzyskałam/em zgodę Kierownika Jednostki na udział w kursie.

……………………………………………..

(data i podpis)