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):

**🞎 7, 10-11 październik 2022 r. (Grupa 1)\***

**🞎 7, 11-12 październik 2022 r. (Grupa 2)\***

*\*W przypadku wybrania przez Uczestnika obu terminów, Organizator przydzieli Uczestnika do dowolnej Grupy w zależności od liczby zgłoszeń w danej Grupie*

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 2022 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)