



FORMULARZ REKRUTACYJNY

ANKIETA MATYWACYJNA

Numer wniosku	POWR.05.03.00-IP.05-00-003/17
Tytuł projektu	Moja przyszłość - Pielęgniarstwo

Imiona: Nazwisko: Rok studiów:	Płeć*: M K
Data i miejsce urodzenia:	Wiek w latach:
PESEL	Dane do kontaktu:
Adres zamieszkania: ul. _____ nr _____ miejscowość _____ (miasto* / wieś) kod pocztowy __ - ___ pocztą _____ kraj	telefon komórkowy: _____ e-mail: _____

* Właściwe zakreślić



województwo _____ powiat _____ gmina		
Pochodzenie*: Miasto/wieś Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia. TAK NIE Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań. TAK NIE Osoba z niepełnosprawnościami. TAK NIE Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu. TAK NIE Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu. TAK NIE Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej). TAK NIE	Stan cywilny*: Wolny/wolna Żonaty/zamężna	Poziom wykształcenia: <input type="checkbox"/> niepełne podstawowe, <input type="checkbox"/> podstawowe, <input type="checkbox"/> gimnazjalne, <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe, <input type="checkbox"/> średnie zawodowe (technik), <input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące, <input type="checkbox"/> pomaturalne, <input type="checkbox"/> licencjat <input type="checkbox"/> wyższe
Dlaczego chce Pani/Pan brać udział w Projekcie? 		



<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Jakie są Pani/Pana oczekiwania związane z uczestnictwem w Projekcie?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Czy sprawia Pani/Panu przyjemność uczenia się??</p> <p>a. TAK</p> <p>b. NIE</p> <p>c. CZASAMI</p>
<p>Czy uważa Pani/Pan, że tego rodzaju Projekt będzie przydatny i dlaczego?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Co mobilizuje Panią/Pana do nauki?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>



Czy będę Pani/Pan w stanie pogodzić swój udział w projekcie z życiem zawodowym i prywatnym.

- a. Tak
- b. nie.
- c. nie wiem

Czy ważny jest dla Pani/Pana rozwój osobisty?

.....

.....

.....

.....

.....

Czy ma Pani/Pan sprecyzowane plany zawodowe?

.....

.....

.....

.....

.....

Jak ocenia Pani/Pan swoje umiejętności planowania kariery zawodowej?

.....

.....

.....

.....

.....

Z myślą o przyszłej pracy staram się aktualizować i pogłębiać informacje dotyczące wykonywania wybranego zawodu.

- a. nigdy
- b. rzadko
- c. często
- d. bardzo często

Proszę o ustosunkowanie się do poszczególnych stwierdzeń, zaznaczając właściwą odpowiedź:

a. uważam, że mam wiele pozytywnych cech

Tak

Nie

Nie mam zdania



b. często popełniam błędy

Tak

Nie

Nie mam zdania

c. nie wierze we własne siły

Tak

Nie

Nie mam zdania

d. potrafię osiągnąć to, co sobie zamierzam/zamierzyłem

Tak

Nie

Nie mam zdania

Które z proponowanych form wsparcia dostępnych w ramach Projektu interesują Panią/Pana najbardziej:

- a. dodatkowe zajęcia wykraczające poza standardowy program kształcenia
- b. obowiązkowe praktyki zawodowe dostosowane do wymagań Europejskich Ram Jakości Praktyk i Staży
- c. Program stypendialny
- d. Szkolenia dla kadry dydaktycznej kierunku Pielęgniarstwa

Uzasadni swój wybór.....

.....

.....

.....

.....

Proszę o ustosunkowanie się do poniższych stwierdzeń, zaznaczając właściwą odpowiedź.

Udział w Projekcie stanowi dla mnie:

- a. Wyzwanie, któremu chce sprostać

Tak

Nie

Nie mam zdania

- b. Szansa na szybkie znalezienie pracy

Tak

Nie

Nie mam zdania



c. Okazją do zdobycia nowych doświadczeń

Tak

Nie

Nie mam zdania

d. Urozmaicenia zajęć dydaktycznych realizowanych w szkole

Tak

Nie

Nie mam zdania

Z podanych niżej par proszę wybrać te, które w większym stopniu dotyczą Pani/Pana osoby:

Jestem wytrwała/wytrwały
w dążeniu do celu



szybko się zniechęcam,
jeśli coś mi się nie udaje

Jestem pracowitą osobą



Wolę się nudzić, niż ciężko pracować

Lubie podejmować niezbyt
skomplikowane zadania



lubię podejmować
trudne zadania

Źródło informacji o projekcie?

- Ulotki informacyjne,
- Plakat informacyjny,
- Strona internetowa Beneficjenta,
- Przekaz słowny pracowników dziekanatu

Inne:



1. Oświadczam, że:- Zapoznałem/lam się z zasadami udziału w w/w Projekcie i wyrażam zgodę na uczestnictwo w nim,

- Zgodnie z wymogami jestem uprawniony do uczestnictwa w Projekcie tj.
- **jestem studentką/studentem kierunku pielęgniarstwo WSBiP w Ostrowcu Św./ Zamiejscowego Wydziału Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu w Tomaszowie**

- Zostałem/lam poinformowany/na, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza, Edukacja, Rozwój finansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego,

- Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym mającym określić moje predyspozycje do udziału w Projekcie,

- Jestem świadoma/świadomy, iż złożenie ankiety rekrutacyjnej nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.

- Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i upowszechnianie mojego wizerunku przez WSBiP w materiałach zdjęciowych, audiowizualnych i prezentacjach na potrzeby realizowanego Projektu, oraz informacji i promocji Europejskiego Funduszu Społecznego i zrzekam się wszelkich roszczeń z tytułu wykorzystywania go na potrzeby podane w niniejszym oświadczeniu; ponadto mój wizerunek może zostać udostępniony innym podmiotom w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością z ramach Programu Operacyjnego Wiedza, Edukacja, Rozwój;

- Wyrażam zgodę na udział w badaniu ankietowym, w trakcie jak i po zakończeniu udziału w Projekcie.

2. Oświadczenie uczestnika Projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzania danych osobowych
W związku z przystąpieniem do Projektu „Moja przyszłość - Pielęgniarstwo” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza, Edukacja, Rozwój finansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) administratorem tak zebranych danych osobowych jest Instytucja Zarządzająca dla Programu Operacyjnego Wiedza, Edukacja, Rozwój, Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00 -001 Warszawa
 - 2) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i obsługi Projektu,
 - 3) moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach Programu Operacyjnego Wiedza, Edukacja, Rozwój
 - 4) podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu
 - 5) mam prawo do dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania
- 3. Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.**

Miejscowość, data

Podpis Uczestnika Projektu



DECYZJA REKRUTACYJNA:

Komisja Kwalifikacyjna zakwalifikowała / nie zakwalifikowała (niepotrzebne skreślić)

Panią/Pana.....

Do udziału w projekcie „Moja przyszłość – Pielęgniarstwo”

*Uzasadnienie: Kandydatka/Kandydat **spełnia wymogi kwalifikacyjne / nie spełnia wymogów kwalifikacyjnych** (niepotrzebne skreślić) warunkujących uczestnictwo w projekcie.*

Uwagi

.....
.....

Podpisy członków Komisji Kwalifikacyjnej:

1.

2.

3.

Data.....