

**Regulamin naboru i udziału w szkoleniach nauczycieli akademickich oraz techników symulacji medycznej organizowanych w ramach projektu „Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie”
POWR.05.03.00-00-0007/15**

**ROZDZIAŁ I
INFORMACJE OGÓLNE**

**§ 1
Definicje**

Ilekcść w Regulaminie jest mowa o:

- a) Projekcie – należy przez to rozumieć projekt pn. „Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie”, POWR.05.03.00-00-0007/15
- b) CSM – należy przez to rozumieć budynek Centrum Symulacji Medycznej wchodzący w skład jednostki międzywydziałowej Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie,
- c) CIEM – należy przez to rozumieć jednostkę międzywydziałową Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie,
- d) Szkolenia praktyczne na miejscu – należy przez to rozumieć szkolenia realizowane w Centrum Symulacji Medycznej z wykorzystaniem sprzętu symulacyjnego, stanowiącego jego wyposażenie, realizowane przez zewnętrznego Wykonawcę.
- e) Szkolenia praktyczne wyjazdowe – należy przez to rozumieć szkolenia poza Centrum Symulacji Medycznej, realizowane przez zewnętrznego Wykonawcę.
- f) Szkolenie dydaktyczne – należy przez to rozumieć szkolenie realizowane przez nauczycieli akademickich zatrudnionych na Wydziale Nauk o Zdrowiu,
- g) Szkolenia online – należy przez to rozumieć szkolenia prowadzone za pośrednictwem dostępnych urządzeń elektronicznych z dostępem do Internetu.
- h) Kierownik projektu – należy przez to rozumieć kierownika projektu „Centrum Innowacyjnej edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie”, wskazanego w zarządzeniu Rektora powołującym zespół projektowy.

§ 2

1. Regulamin określa zasady naboru i udziału nauczycieli akademickich oraz techników symulacji medycznej w niżej wymienionych szkoleniach organizowanych w ramach projektu „Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie”, POWR.05.03.00-00-0007/15:
 - a) szkolenia praktyczne,
 - b) szkolenia dydaktyczne.
2. W szkoleniach dydaktycznych oraz praktycznych mogą wziąć udział nauczyciele akademicy pracujący w Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie, którzy prowadzą bądź też będą w przyszłości prowadzić zajęcia praktyczne dla studentów z wykorzystaniem symulacji medycznej oraz technicy symulacji medycznej, którzy będą w przyszłości współpracować z kadrą dydaktyczną w zakresie realizacji kształcenia w warunkach symulowanych z wykorzystaniem symulatorów.

§ 3

Informacje ogólne o szkoleniach praktycznych

1. Szkolenia praktyczne będą realizowane w latach 2021-2023. Nabór oraz szczegółowy harmonogram zajęć zostaną upublicznione na stronie Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego, na stronie: administracja - Dział Funduszy Zewnętrznych.
2. Harmonogram zajęć będzie ustalany w uzgodnieniu z Kierownikiem Projektu.
3. Szkolenia praktyczne będą realizowane na miejscu w Centrum Symulacji Medycznej, a w przypadku szkoleń techników symulacji medycznej również poza CSM, jako szkolenia wyjazdowe.
4. Podczas szkoleń wyjazdowych uczestnikowi przysługuje nocleg, wyżywienie oraz zwrot kosztów dojazdu.

§ 4

Informacje ogólne o szkoleniach dydaktycznych

1. Szkolenie dydaktyczne dla nauczycieli akademickich będzie prowadzone w formie online.
2. Planowane jest jedno szkolenie, o którym mowa w ust. 1, dla 25 nauczycieli akademickich.
3. Program szkolenia, o którym mowa w ust. 1, będzie obejmował następujące przedmioty:
 - 1) Przygotowanie dydaktyczne kadry do kształcenia w warunkach symulowanych, kurs wstępny, dydaktyczno-metodyczny – zajęcia prowadzone w formie online. Liczba godzin: 30;
 - 2) Pacjent standaryzowany - wykorzystanie, zastosowanie w nowoczesnych zajęciach symulowanych, zajęcia prowadzone w online. Liczba godzin: 10;
 - 3) Rodzaje i zasady realizacji egzaminów (w tym OSCE) – zajęcia prowadzone w formie online. Liczba godzin: 20;
 - 4) Metodyka tworzenia scenariuszy zajęć – zajęcia prowadzone w formie online. Liczba godzin: 15.
4. Szkolenie dydaktyczne dla techników symulacji medycznej będzie prowadzone stacjonarnie w Centrum Symulacji Medycznej.
5. Planowane jest jedno szkolenie dydaktyczne, o którym mowa w ust. 4.
6. Program szkolenia, o którym mowa w ust. 4 będzie obejmował przygotowanie dydaktyczne kadry do kształcenia w warunkach symulowanych, kurs wstępny, dydaktyczno-metodyczny. Liczba godzin: 10.
7. Harmonogram zajęć, o których mowa w ust. 3 i 6 zostanie ustalony po uprzednim uzgodnieniu z osobami prowadzącymi zajęcia oraz Kierownikiem Projektu.

ROZDZIAŁ II ZASADY NABORU

§ 5

Część wspólna

1. Każdy z uczestników szkolenia przed rozpoczęciem zajęć zobowiązany jest do wypełnienia i podpisania poniższych dokumentów:
 - 1) dane uczestnika projektu (załącznik nr 5),
 - 2) umowa na udział w szkoleniu (załącznik nr 6 dla szkolenia dydaktycznego lub, załącznik nr 7 dla szkolenia praktycznego),
 - 3) oświadczenie uczestnika projektu (załącznik nr 2).
2. Odmowa podpisania dokumentów, o których mowa w ust. 1 skutkuje skreśleniem z listy uczestników szkoleń.

§ 6

Nabór na szkolenie dydaktyczne

1. Na szkolenie dydaktyczne zostanie przeprowadzona otwarta rekrutacja.
2. Informacja o rekrutacji zostanie upubliczniona na stronie internetowej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie oraz zostanie rozesłana do potencjalnych uczestników drogą e-mailową. Dopuszcza się wykorzystanie innych form, które umożliwią dotarcie do jak największej liczby potencjalnych uczestników.
3. Technicy symulacji medycznej są wyłączeni z procesu rekrutacji – uczestników szkolenia wskaże Kierownik Projektu.
4. W celu przeprowadzenia właściwej procedury rekrutacyjnej powołuje się komisję rekrutacyjną w skład, której wchodzi:
 - 1) prof. dr hab. n. zdr. Elżbieta Grochans – Kierownik Projektu/ przewodniczący komisji rekrutacyjnej,
 - 2) dr hab. n. med. Sebastian Kwiatkowski – Zastępca kierownika projektu ds. merytorycznych / zastępca przewodniczącego komisji rekrutacyjnej,
 - 3) dr n. med. Anna Jurczak, prof. PUM - Kierownik ds. merytorycznych wydziałowych,
 - 4) dr n. med. Maciej Domański - Kierownik ds. merytorycznych wydziałowych,
 - 5) prof. dr hab. n. med. Mariusz Lipski - Kierownik ds. merytorycznych wydziałowych.
5. Kierownicy jednostek PUM wyznaczają nauczycieli, którzy w przyszłości będą prowadzić zajęcia w Centrum Symulacji Medycznej.
6. Każdy z kandydatów jest zobligowany do złożenia w Dziale Funduszy Zewnętrznych, następujące dokumenty:
 - 1) wymienione w § 5 ust. 1,
 - 2) deklaracja uczestnictwa (załącznik nr 1),a w przypadku nauczycieli akademickich także formularz zgłoszeniowy potwierdzony przez kierownika jednostki kierującej (załącznik nr 3).
7. Ocena kandydatów nastąpi na podstawie poniższych kryteriów:
 - 1) zainteresowanie realizacją zajęć metodą symulowaną,
 - 2) rodzaj prowadzonych dotychczas zajęć,
 - 3) okres zatrudnienia,
 - 4) staż pracy,
 - 5) dotychczasowy udział w egzaminowaniu.
8. Ocena kandydatów nastąpi na podstawie karty oceny kandydata stanowiącej załącznik nr 4 do niniejszego regulaminu.
9. Decyzje o zakwalifikowaniu Uczestnika do szkolenia podejmowane będą przez komisję rekrutacyjną w oparciu o kryteria, o których mowa w ust. 7. Z posiedzenia komisji rekrutacyjnej zostanie sporządzony protokół zatwierdzający listę zakwalifikowanych uczestników szkolenia oraz listę rezerwową.
10. Rekrutacja zostanie przeprowadzona przed zaplanowaną edycją szkoleń.
11. W przypadku rezygnacji zakwalifikowanego uczestnika przed rozpoczęciem szkoleń jego miejsce zajmuje pierwsza osoba z listy rezerwowej.
12. W przypadku zaistnienia okoliczności, która zmusza uczestnika do rezygnacji z udziału w szkoleniach wymagane jest złożenie pisemnej rezygnacji wraz z uzasadnieniem.

§ 7

Nabór na szkolenia praktyczne

1. Do szkoleń praktycznych mogą przystąpić technicy symulacji medycznych, którzy są pracownikami Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego oraz świadczą pracę na terenie Centrum Symulacji Medycznej oraz nauczyciele akademicy, pracujący w Pomorskim

- Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie, którzy prowadzą bądź też w przyszłości prowadzić będą zajęcia praktyczne dla studentów z wykorzystaniem symulacji medycznej.
2. W przypadku techników symulacji medycznej osoby do szkolenia wskazuje Kierownik Projektu.
 3. Nauczyciele akademicy są wskazywani do szkolenia przez kierownika jednostki kierującej. Przepisy § 6 ust. 1-2, ust. 4 oraz ust. 7-10 stosuje się odpowiednio.
 4. Każdy z kandydatów jest zobligowany do złożenia w Dziale Funduszy Zewnętrznych następujących dokumentów:
 - 1) wymienionych w § 5 ust. 1,
 - 2) deklaracja uczestnictwa w projekcie (załącznik nr 1),
a w przypadku nauczycieli akademickich także formularz zgłoszeniowy potwierdzony przez kierownika jednostki kierującej (załącznik nr 3).
 5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4 powinny zostać dostarczone najpóźniej w dniu rozpoczęcia zajęć.

ROZDZIAŁ III ZASADY UDZIAŁU

§ 8

Część wspólna

1. Każdy z uczestników, w związku z udziałem w szkoleniach, zobowiązany jest do wypełnienia:
 - 1) ankiet badających poziom kompetencji przed rozpoczęciem zajęć oraz bezpośrednio po ich zakończeniu,
 - 2) informacji o sytuacji osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie (do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie), zgodnie z załącznikiem nr 8 do niniejszego Regulaminu.
2. Przeprowadzenie każdych zajęć będzie potwierdzone listą obecności, którą jest zobowiązany podpisać każdy z uczestników biorący udział w zajęciach oraz prowadzący.
3. Zajęcia prowadzone będą w języku polskim.
4. Uczestnik zajęć ma prawo do:
 - 1) korzystania z pomieszczeń dydaktycznych, urządzeń i środków PUM do realizacji zadań określonych programem zajęć,
 - 2) zgłaszania uwag i postulatów dotyczących organizacji procesu dydaktycznego i obsługi administracyjnej.
2. Uczestnik jest zobowiązany do:
 - 1) udziału w zajęciach określonych programem szkolenia:
 - 2) przestrzegania regulaminów i przepisów porządkowych obowiązujących w PUM,
 - 3) potwierdzania uczestnictwa na liście obecności,
 - 4) przekazywania PUM i instytucjom kontrolującym wszelkich informacji o szkoleniu.

§ 9

Szkolenia praktyczne

1. Zajęcia będą prowadzone zgodnie z programem szkolenia zaakceptowanym przez Kierownika projektu.
2. Uczestnicy są zobowiązani do min. 80% obecności na zajęciach.
3. Uczestnicy zajęć są zobowiązani do poinformowania o planowanych nieobecnościach w formie pisemnej lub telefonicznej.

4. Rezygnacja z udziału w zajęciach powinna zostać złożona w formie pisemnej wraz z uzasadnieniem w terminie co najmniej 7 dni przed planowanym terminem rozpoczęcia zajęć.
5. Uczestnik zostaje skreślony z listy uczestników w przypadku:
 - 1) nie rozpoczęcia uczestnictwa w zajęciach,
 - 2) pisemnej rezygnacji z udziału w zajęciach,
 - 3) nie podpisania dokumentów związanych z realizacją projektu, o których mowa w § 6 ust. 6 oraz §7 ust. 3 niniejszego Regulaminu.
6. Decyzję o skreśleniu z listy uczestników podejmuje Kierownik projektu. Od decyzji nie przysługuje odwołanie.
7. Uczestnik zostanie obciążony kosztami szkolenia w poniższych przypadkach:
 - 1) nie zgłoszenia w terminie do 7 dni przed rozpoczęciem szkolenia rezygnacji z udziału w szkoleniu bądź też propozycji zmiany terminu szkolenia. Jednakże w przypadkach losowych niezależnych od uczestników i prowadzącego Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie będzie zwracał się indywidualnie do Instytucji Pośredniczącej – Ministerstwa Zdrowia z prośbą o uznanie kosztów szkolenia za wydatki kwalifikowalne. W sytuacji uwzględnienia wniosku, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie może odstąpić od obciążania uczestnika kosztami szkolenia.
 - 2) nie podpisania dokumentów związanych z realizacją projektu, o których mowa § 6 ust. 6 oraz §7 ust. 3 niniejszego Regulaminu, co najmniej na 7 dni przed rozpoczęciem szkolenia.
8. W sytuacjach, o których mowa w ust. 7 uczestnik zostanie wezwany pisemnie do zwrotu kosztów szkolenia.
9. Koszt szkolenia, o którym mowa w ust. 7 zostanie podany na miesiąc przed rozpoczęciem szkolenia.

§ 10

Szkolenia dydaktyczne

1. Zajęcia odbywać się będą zgodnie z sylabusami dostępnymi u Kierownika projektu oraz zastępcy kierownika projektu ds. merytorycznych. Miejsce i godziny przeprowadzenia zajęć zostaną podane na stronie internetowej Projektu. O wszelkich zmianach uczestnicy zostaną poinformowani drogą mailową.
2. Nauczyciele akademicki realizujący szkolenie dydaktyczne otrzymają login i hasło umożliwiające dostęp do materiałów przed rozpoczęciem szkolenia.
3. Uczestnicy zajęć są zobowiązani do poinformowania o planowanych nieobecnościach w formie pisemnej lub telefonicznej.
4. W przypadku szkoleń dydaktycznych dopuszcza się maksymalnie 20 % nieobecności.
5. Rezygnacja z udziału w zajęciach powinna zostać złożona w formie pisemnej wraz z uzasadnieniem.
6. Uczestnik zostaje skreślony z listy uczestników w przypadku:
 - 1) nie rozpoczęcia uczestnictwa w zajęciach,
 - 2) pisemnej rezygnacji z udziału w zajęciach,
 - 3) nie podpisania dokumentów związanych z realizacją projektu, o których mowa § 6 ust. 6 oraz §7 ust. 3 niniejszego Regulaminu.
7. Decyzję o skreśleniu z listy uczestników podejmuje Kierownik projektu. Od decyzji nie przysługuje odwołanie.

ROZDZIAŁ IV POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 11

1. W sprawach spornych, nie objętych postanowieniami niniejszego regulaminu w zakresie porządku i trybu odbywania i prowadzenia Kursu decyduje Kierownik Projektu.
2. Załącznikami do Regulaminu są:
 - 1) Zał. nr 1 – deklaracja uczestnictwa w projekcie,
 - 2) Zał. nr 2 – oświadczenie uczestnika projektu (dot. szkoleń praktycznych i dydaktycznych),
 - 3) Zał. nr 3 – formularz zgłoszeniowy – dotyczy nauczycieli akademickich,
 - 4) Zał. nr 4 – karta oceny kandydata – dotyczy rekrutacji nauczycieli akademickich,
 - 5) Zał. nr 5 – dane uczestnika (dot. szkoleń praktycznych i dydaktycznych),
 - 6) Zał. nr 6 – umowa na udział w szkoleniach dydaktycznych,
 - 7) Zał. nr 7 – umowa na udział w szkoleniach praktycznych,
 - 8) Zał. nr 8 – Informacja po zakończeniu udziału w szkoleniu (dot. szkoleń praktycznych i dydaktycznych).



Załącznik nr 1

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie” realizowany w ramach POWER 2014-2020, nr projektu: POWR.05.03.00-00-0007/15-03,

Ja, niżej podpisany(a),.....

zam.

PESEL: _____

Oświadczam, że:

1. deklaruję udział w projekcie pn. „**Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie**” realizowany w ramach POWER 2014-2020, nr projektu: POWR.05.03.00-00-0007/15-03;
2. oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w przedmiotowym projekcie, tj: jestem pracownikiem Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego;
3. zapoznałem(-am) się z Regulaminem udziału w w/w projekcie i zobowiązuję się do jego przestrzegania;
4. zostałem(-am) poinformowany(-a), że projekt pod nazwą „**Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie**” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej;
5. zobowiązuję się do uczestnictwa w monitoringu projektu, w szczególności do wypełnienia niezbędnych ankiet i formularzy;
6. dane podane w Deklaracji uczestnictwa w projekcie i w załącznikach są zgodne z prawdą – jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej, cywilnoprawnej i dyscyplinarnej w przypadku, gdy zakwalifikowanie mnie do udziału w projekcie nastąpi w oparciu o nieprawdziwe dane przeze mnie podane.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis uczestnika)

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie”, POWR.05.03.00-00-0007/15 przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do zbioru „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
 - 2) w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu

- Spółecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
- b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Spółecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
 - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie”, POWR.05.03.00-00-0007/15, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
 4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa (nazwa i adres właściwej Instytucji Pośredniczącej), beneficjentowi realizującemu projekt - Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, ul. Rybacka 1, 70-204 Szczecin (nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - w tym firmy szkoleniowe, świadczące usługi na rzecz Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.
 5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
 6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
 7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
 8. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie moje dane osobowe takie jak imię (imiona), nazwisko PESEL, nr projektu, data rozpoczęcia udziału w projekcie, data zakończenia udziału w projekcie, kod tytułu ubezpieczenia, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia wypadkowego mogą być przetwarzane w zbiorze „Zbiór danych osobowych z ZUS”, którego administratorem jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie¹:

¹ Przetwarzanie danych osobowych w zbiorze Zbiór danych osobowych z ZUS dotyczy sytuacji, w której umowa o dofinansowanie projektu została zawarta z Beneficjentem przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewódzki Urząd Pracy.

- 1) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
- 2) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
- 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
- 4) ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.).

Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa (nazwa i adres właściwej Instytucji Pośredniczącej), beneficjentowi realizującemu projekt - Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, ul. Rybacka 1, 70-204 Szczecin (nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu -nie dotyczy..... (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.

9. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
11. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
12. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl lub adres poczty iod@pum.edu.pl (gdy ma to zastosowanie - należy podać dane kontaktowe inspektora ochrony danych u Beneficjenta).
13. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
14. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU**

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

.....
Pieczęć potwierdzająca datę złożenia dokumentu

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU „Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie” realizowany w ramach POWER 2014-2020, nr projektu: POWER.05.03.00-00-0007/15-03,

Dane kandydata

1	Imię (imiona)	
2	Nazwisko	
3	Miejsce zatrudnienia: (Wydział, Klinika, Katedra, Zakład.....)	
4	Jestem zatrudniony na podstawie: (umowa o pracę)	

Dane kontaktowe

5	Adres zamieszkania: ulica	
6	Nr domu	
7	Nr lokalu	
8	Miejscowość	
9	Kod pocztowy	
10	Poczta	
11	Powiat	
12	Województwo	
13	Nr telefonu	
14	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	



Kryteria*				
15	Prowadzę zajęcia w zakresie:	Przedmioty ogólne	Przedmioty kierunkowe teoretyczne	Przedmioty kierunkowe praktyczne
16	Jestem zatrudniony / a na okres:	1 roku	Umowa/mianowanie na czas określony do dnia	Umowa/ mianowanie na czas nieokreślony
17	Posiadam staż pracy:	Do 3 lat	4-6 lat	Powyżej 7 lat
18	Brałem / am udział w egzaminowaniu:	Nie uczestniczyłem / am, nie przygotowywałem / am	Uczestniczę, przygotowuję	Prowadzę i nadzoruję egzaminy
19	Przygotowanie dydaktyczne	Brak	Kurs	Studia pedagogiczne / studia podyplomowe
	Uczestniczyłam / em w szkolenia praktycznych organizowanych w ramach projektu „Centrum Innowacyjnej edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie“ POWR.05.03.00-00-0007/15		Tak w roku	Nie
20.	Opisz swoje dotychczasowe formy zainteresowania tematyką symulacji medycznej			

*zaznaczyć właściwe pole X

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis uczestnika)

.....
(pieczęć jednostki)

.....
(podpis kierownika jednostki)



Karta Oceny Kandydata

Imię i nazwisko kandydata		
Data złożenia formularza zgłoszeniowego i deklaracji uczestnictwa		
Czy kandydat złożył pełną i poprawnie wypełnioną dokumentację?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy kandydat jest nauczycielem akademickim zatrudnionym w PUM?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Nazwa kryterium	Punktacja kryterium			Liczba uzyskanych punktów
Prowadzenie zajęć w zakresie:	Przedmioty ogólne – 1 pkt	Przedmioty kierunkowe teoretyczne – 2 pkt.	Przedmioty kierunkowe praktyczne – 3 pkt.	
Zatrudnienie na okres:	1 roku – 1 pkt	Umowa na czas określony do dnia – 2 pkt	Umowa na czas nieokreślony – 3 pkt	
Posiadany staż pracy:	Do 3 lat – 1 pkt	4-6 lat – 2 pkt	Powyżej 7 lat – 3 pkt	
Udział w egzaminowaniu:	Nie uczestniczył, nie przygotowywał egzaminów – 1 pkt	Uczestniczy, przygotowuje egzaminy – 2 pkt	Prowadzi i nadzoruje egzaminy – 3 pkt	
Przygotowanie dydaktyczne	Brak – 3 pkt	Kurs – 2 pkt	Studia pedagogiczne / studia podyplomowe – 1 pkt	
Szkolenie praktyczne organizowane w ramach projektu „Centrum Innowacyjnej edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie“ POWR.05.03.00-00-0007/15	TAK		NIE	
Dotychczasowe formy zainteresowania tematyką symulacji medycznej	Punktacja od 0 pkt do 1 pkt			
Razem punkty				



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Podpisy członków Komisji Rekrutacyjnej:

1.
2.
3.
4.
5.



Dane uczestnika projektu

Dane wspólne

Lp.	Nazwa
1	Tytuł projektu: „Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie”
2	Nr projektu: POWR.05.03.00-00-0007/15

Dane uczestnika

Lp.	Nazwa	
1	Imię	
2	Nazwisko	
3	PESEL	
4	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta
		<input type="checkbox"/> Mężczyzna
5	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe
		<input type="checkbox"/> Podstawowe
		<input type="checkbox"/> Gimnazjalne
		<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne
		<input type="checkbox"/> Policealne
		<input type="checkbox"/> Wyższe

Dane kontaktowe

1	Województwo.	
2	Powiat	
3	Gmina	
4	Miejscowość	



5	Ulica	
6	Nr budynku	
7	Nr lokalu	
8	Kod pocztowy	
9	Telefon kontaktowy	
10	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	

Szczegóły wsparcia

Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna nie zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
	<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się € Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub w szkoleniu € Inny
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w tym <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
<u>Wykonywany zawód:</u>	
	<input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik
	OSOBA ZATRUDNIONA W



Rodzaj wsparcia:

<input type="checkbox"/> bon	<input type="checkbox"/> dodatek relokacyjny	<input type="checkbox"/> doradztwo	<input type="checkbox"/> doskonalenie zawodowe	<input type="checkbox"/> dotacja na rozpoczęcia działalności gospodarczej	<input type="checkbox"/> grant na telepracę
<input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> instrument finansowy	<input type="checkbox"/> studia / kształcenie podyplomowe	<input type="checkbox"/> opieka nad dzieckiem do lat 3 / refundacja kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7 lub inną osobą zależną	<input type="checkbox"/> pośrednictwo pracy	<input type="checkbox"/> prace interwencyjne
<input type="checkbox"/> program mobilności ponadnarodowej	<input type="checkbox"/> program outplacementowy	<input type="checkbox"/> program zdrowotny	<input type="checkbox"/> przygotowanie zawodowe dorosłych	<input type="checkbox"/> staż / praktyka	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie
<input type="checkbox"/> studia licencjackie / magisterskie	<input type="checkbox"/> stypendium	<input type="checkbox"/> szkolenie / kurs	<input type="checkbox"/> usługa aktywnej integracji	<input type="checkbox"/> usługa rozwojowa dla pracownika przedsiębiorstwa	<input type="checkbox"/> usługa społeczna świadczona w interesie ogólnym
<input type="checkbox"/> usługa wsparcia ekonomii społecznej	<input type="checkbox"/> usługa zdrowotna / medyczna	<input type="checkbox"/> wizyta studyjna	<input type="checkbox"/> wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy	<input type="checkbox"/> zajęcia dodatkowe	<input type="checkbox"/> zwrot kosztów przejazdu / zakwaterowania

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba w niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

.....
miejsowość, data

.....
podpis uczestnika

Wypełnia pracownik Biura projektu po zakończeniu udzielania wsparcia:

Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Data zakończenia udziału w projekcie		

.....
miejsowość, data

.....
podpis pracownika

Umowa

o warunkach uczestnictwa w szkoleniach dydaktycznych organizowanych w ramach projektu: „Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie” realizowany w ramach POWER 2014-2020, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, umowa o dofinansowanie projektu nr POWR.05.03.00-00-0007/15-00

zawarta w dniu pomiędzy:

Pomorskim Uniwersytetem Medycznym w Szczecinie
z siedzibą w Szczecinie, przy ul. Rybackiej 1, NIP 852-000-67-57
reprezentowanym przez:

.....
zwanym dalej Organizatorem,

a

....., PESEL, zamieszkałym/ą
.....,
Zwanym/ą dalej Uczestnikiem.

§ 1

Przedmiotem umowy jest określenie warunków udziału Uczestnika **w szkoleniu dydaktycznym dotyczącym poprawy jakości kształcenia i przygotowania do realizacji zajęć w warunkach symulowanych** organizowanych w ramach projektu pn. „Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie” realizowanego w ramach POWER 2014-2020, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, umowa o dofinansowanie projektu nr POWR.05.03.00-00-0007/15-00, zwanego dalej Szkoleniem.

§ 2

W ramach Szkolenia Uczestnik – nauczyciel akademicki zobowiązuje się do udziału w następujących zajęciach:

- 1) Przygotowanie dydaktyczne kadry do kształcenia w warunkach symulowanych, kurs wstępny, dydaktyczno-metodyczny
- 2) Pacjent standaryzowany - wykorzystanie, zastosowanie w nowoczesnych zajęciach symulowanych,
- 3) Rodzaje i zasady realizacji egzaminów (w tym OSCE).
- 4) Metodyka tworzenia scenariuszy zajęć

W ramach Szkolenia Uczestnik – technik symulacji medycznej zobowiązuje się do udziału w następującym zajęciach:

- 1) Przygotowanie dydaktyczne kadry do kształcenia w warunkach symulowanych, kurs wstępny, dydaktyczno-metodyczny

§ 3

Zajęcia będą się odbywać w ustalonych przez kierownika projektu i przekazanych do wiadomości Uczestnikowi terminach. Szczegółowy harmonogram zajęć jest zamieszczony na stronie internetowej w/w projektu.



§ 4

Organizator zobowiązuje się do:

- 1) Ustalenia harmonogramu zajęć i zamieszczania go na stronie internetowej projektu oraz tablicach informacyjnych,
- 2) Zapewnienia kadry dydaktycznej, posiadającej kwalifikacje odpowiadające rodzajowi prowadzonych zajęć,
- 3) Zapewnienia innych warunków, w tym lokalowych i związanych z niezbędnym wyposażeniem materialnym do prawidłowej realizacji programu Szkolenia,
- 4) Zapewnienia obsługi administracyjno-technicznej Szkolenia,
- 5) Prowadzenia dokumentacji dotyczącej przebiegu Szkolenia.

§ 5

1. Uczestnik zobowiązuje się do:

- 1) Uczestnictwa w zajęciach dydaktycznych i innych określonych programem Szkolenia,
 - 2) Przestrzegania regulaminów i przepisów porządkowych obowiązujących w PUM,
 - 3) Potwierdzania uczestnictwa na zajęciach na liście obecności,
 - 4) Wypełniania ankiet i badań ewaluacyjnych,
 - 5) Przekazywania Organizatorowi i instytucjom kontrolującym wszelkich informacji o Szkoleniu,
2. Wiedza zdobyta przez Uczestnika – nauczyciela akademickiego w trakcie szkolenia zostanie wykorzystania przez niego podczas prowadzenia zajęć praktycznych ze studentami z wykorzystaniem metod symulacji medycznej w przypadku nauczycieli akademickich.
3. Wiedza zdobyta przez Uczestnika – technika symulacji w trakcie szkolenia zostanie wykorzystana przez niego podczas współpracy z kadrami dydaktyczną realizującą kształcenie w warunkach symulowanych z wykorzystaniem symulatorów.

§ 6

Dopuszcza się nieobecność Uczestnika na zajęciach dydaktycznych w wymiarze nieprzekraczającym 20% godzin zajęć.

§ 7

Szkolenia odbywają się nieodpłatnie.

§ 8

1. Umowa zostaje zawarta na czas trwania Szkolenia.
2. Uczelnia, spełniając w procesie prowadzenia szkolenia, wymagania wynikające z przepisów o ochronie danych osobowych, nakłada na Uczestnika obowiązek pisemnego powiadomienia o zmianie danych osobowych zawartych w niniejszej umowie.
3. Zmiana postanowień Umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. W sprawach nienormowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.
5. Wszelkie spory wynikające z niniejszej umowy strony poddają rozstrzygnięciu sądów powszechnych właściwych dla siedziby Organizatora.
6. Umowa została sporządzona w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....
Uczestnik

.....
Organizator

Umowa

o warunkach uczestnictwa w szkoleniach praktycznych organizowanych w ramach projektu: „Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie” realizowany w ramach POWER 2014-2020, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, umowa o dofinansowanie projektu nr POWR.05.03.00-00-0007/15-00

zawarta w dniu pomiędzy:

Pomorskim Uniwersytetem Medycznym w Szczecinie
z siedzibą w Szczecinie, przy ul. Rybackiej 1, NIP 852-000-67-57
reprezentowanym przez:

.....

zwanym dalej Organizatorem,

a

....., PESEL,

zamieszkałym/ą,,

zwanym/ą dalej Uczestnikiem.

§ 1

Przedmiotem umowy jest określenie warunków udziału Uczestnika **w szkoleniu praktycznym dotyczącym kształcenia praktycznego studentów z wykorzystaniem symulacji medycznej** organizowanych w ramach projektu pn. „Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie” realizowanego w ramach POWER 2014-2020, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, umowa o dofinansowanie projektu nr POWR.05.03.00-00-0007/15-00, zwanego dalej Szkoleniem.

§ 2

W ramach Szkolenia Uczestnik zobowiązuje się do udziału w zajęciach zgodnych z programem szkolenia.

§ 3

Zajęcia będą się odbywać w terminach. ustalonych przez kierownika projektu i przekazanych do wiadomości Uczestnikowi.

§ 4

Organizator zobowiązuje się do:

- 1) Ustalenia harmonogramu zajęć i zamieszczania go na stronie internetowej projektu,
- 2) Zapewnienia kadry dydaktycznej, posiadającej kwalifikacje odpowiadające rodzajowi prowadzonych zajęć,
- 3) Zapewnienia innych warunków, w tym lokalowych i związanych z niezbędnym wyposażeniem materialnym do prawidłowej realizacji programu Szkolenia,
- 4) Zapewnienia obsługi administracyjno-technicznej Szkolenia,
- 5) Prowadzenia dokumentacji dotyczącej przebiegu Szkolenia,

- 6) W przypadku szkoleń wyjazdowych organizowanych poza Centrum Symulacji Medycznej, Organizator zapewnia Uczestnikowi nocleg, wyżywienie oraz zwrot kosztów dojazdu do miejsca Szkolenia.

§ 5

Uczestnik zobowiązuje się do:

- 1) Uczestnictwa w zajęciach dydaktycznych i innych określonych programem Szkolenia,
- 2) Przestrzegania regulaminów i przepisów porządkowych obowiązujących w PUM,
- 3) W przypadku szkoleń wyjazdowych przestrzegania regulaminów i przepisów porządkowych obowiązujących w miejscu Szkolenia,
- 4) Potwierdzania uczestnictwa na liście obecności,
- 5) Wypełniania ankiet i badań ewaluacyjnych,
- 6) Przekazywania Uczelni i instytucjom kontrolującym wszelkich informacji o Szkoleniu,
- 7) Wykorzystania wiedzy zdobytej przez Uczestnika w trakcie szkoleń wykorzystana podczas współpracy z kadrą dydaktyczną przy realizacji kształcenia w warunkach symulowanych z wykorzystaniem symulatorów.

§ 6

Z zastrzeżeniem § 7, Szkolenia odbywają się nieodpłatnie.

§ 7

1. Uczestnik zostanie obciążony kosztami Szkolenia w poniższych przypadkach:
 - 1) nie zgłoszenia w terminie co najmniej 7 dni przed rozpoczęciem Szkolenia rezygnacji z udziału w Szkoleniu,
 - 2) nie podpisania dokumentów związanych z realizacją projektu wymaganych Regulaminem naboru i udziału w szkoleniach nauczycieli akademickich oraz techników symulacji medycznej organizowanych w ramach projektu „Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie” POWR.05.03.00-00-0007/15, o czym Organizator szkolenia zostanie poinformowany w terminie krótszym niż 7 dni przed rozpoczęciem szkolenia,
 - 3) nie uczestniczenia w zajęciach realizowanych w ramach szkolenia.
2. W przypadkach losowych niezależnych od Uczestnika i prowadzącego, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie będzie zwracał się indywidualnie do Instytucji Pośredniczącej – Ministerstwa Zdrowia z prośbą o uznanie kosztów szkolenia za wydatki kwalifikowalne.
3. W sytuacjach o których mowa w ust. 1 uczestnik zostanie wezwany pisemnie do zwrotu kosztów szkolenia, w terminie 14 dni od daty wezwania do zwrotu.
4. Koszt szkolenia zostanie podany na miesiąc przed jego rozpoczęciem.

§ 8

1. Umowa zostaje zawarta na czas trwania Szkolenia.
2. Uczelnia, spełniając w procesie prowadzenia szkolenia, wymagania wynikające z przepisów o ochronie danych osobowych, nakłada na Uczestnika obowiązek pisemnego powiadamiania o zmianie danych osobowych zawartych w niniejszej umowie.
3. Zmiana postanowień Umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. W sprawach nienormowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



5. Wszelkie spory wynikające z niniejszej umowy strony poddają rozstrzygnięciu sądów powszechnych właściwych dla siedziby Organizatora.
6. Umowa została sporządzona w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....
Uczestnik

.....
Organizator

**) niepotrzebne skreślić*

Dane uczestnika projektu – Informacja po zakończeniu udziału w szkoleniu

Dane wspólne

Lp.	Nazwa
1	Tytuł projektu: „Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie”
2	Nr projektu: POWR.05.03.00-00-0007/15-03

.....
(imię i nazwisko)

Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie <i>(proszę wybrać 2 pola)</i>	<input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> osoba kontynuuje zatrudnienie	<input type="checkbox"/> osoba nabyła kompetencje
	<input type="checkbox"/> osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie	<input type="checkbox"/> osoba podjęła kształcenie lub szkolenie	<input type="checkbox"/> osoba podjęła pracę / rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek
	<input type="checkbox"/> osoba poszukująca pracy	<input type="checkbox"/> osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem / wychowaniem dziecka	<input type="checkbox"/> osoba pracująca / prowadząca działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem / wychowaniem dziecka
	<input type="checkbox"/> osoba uzyskała kwalifikacje	<input type="checkbox"/> sytuacja w trakcie monitorowania	

.....
podpis uczestnika

