

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**DLA KANDYDATÓW/KANDYDATEK DO PEŁNIENIA ROLI PACJENTA STANDARYZOWANEGO**

w ramach realizowanego projektu

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa realizatora projektu | **Państwowa Uczelnia Zawodowa im. prof. Stanisława Tarnowskiego  w Tarnobrzegu** |
| Tytuł projektu | **Z symulacją medyczną w przyszłość – projekt podniesienia jakości kształcenia praktycznego na kierunku pielęgniarstwo w Państwowej Uczelni Zawodowej im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu** |
| Numer i nazwa Osi priorytetowej | **V. Wsparcie dla obszaru zdrowia** |
| Numer i nazwa Działania | **5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE KANDYDATA/KANDYDATKI** | | | | | |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Proszę wpisać lub wybrać właściwe** | | | |
| 1 | **Imię (imiona)** |  | | | |
| 2 | **Nazwisko** |  | | | |
| 3 | **Płeć** | **Kobieta** | |  | |
| **Mężczyzna** | |  | |
| **DANE KONTAKTOWE KANDYDATA/KANDYDATKI** | | | | | |
| 6 | **Ulica/ Nr domu/ Nr lokalu** |  | | | |
| 7 | **Miejscowość** |  | | | |
| 9 | **Kod pocztowy** |  | | | |
| 10 | **Województwo** |  | | | |
| 11 | **Powiat** |  | | | |
| 12 | **Gmina** |  | | | |
| 13 | **Telefon kontaktowy** |  | | | |
| 15 | **Adres poczty elektronicznej (e-mail)** |  | | | |
| Oświadczam, że: | | | **SPEŁNIA** | | **NIE SPEŁNIA** |
| *wypełnia pracownik Biura Projektu* | | |
| * jestem osobą powyżej 18 roku życia; | | |  | |  |
| * jestem osobą gotową do wyuczenia się roli pacjenta i odgrywania jej w sposób powtarzalny; | | |  | | |
| * nie cierpię na zaburzenia psychiczne; | | |  | | |
| * nie jestem w procesie żałoby (nie uraciłem/am nikogo bliskiego w ciągu ostatnich dwóch lat); | | |  | | |
| * wyrażam zgodę do uczestnictwa w zajęciach z elementami badania fizykalnego (poza sferami intymnymi) przeprowadzonego przez studenta (m. in. dotyk, badanie określonych części ciała, zdjęcie ubrań); | | |  | | |
| * wyrażam zgodę na odpowiednie ucharakteryzowanie mnie jako pacjenta w przypadku konieczności wynikających ze scenariusza | | |  | | |
| * nie doświadczyłem/am traumy | | |  | | |

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

MIEJSCOWOŚĆ I DATACZYTELNY PODPIS KANDYDATA/KANDYDATKI

**PROPONOWANE WYNAGRODZENIE ZA UDZIAŁ PACJENTA STANDARYZOWANEGO W ZAJĘCIACH DYDAKTYCZNYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wynagrodzenie** | **Kwota brutto\*\*** |
| **Stawka za godzinę dydaktyczną** |  |

\*\*W przypadku osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej kwota brutto oznacza pełną kwotę wynagrodzenia uwzględniającą składki do ZUS i US zarówno po stronie pracodawcy jak i pracownika