

Tytuł projektu: „Opolskie wspiera szpitale w walce z COVID-19”
Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY						
uczestnika projektu pn. „Opolskie wspiera szpitale w walce z COVID-19”						
prosimy wypełniać DRUKOWANYMI LITERAMI, zaznaczać poprzez wstawienie znaku X w kratce.						
DANE UCZESTNIKA						
Imię			Nazwisko			
PESEL			☐ Brak PESEL	Płeć		Wiek
Wykształcenie	☐ Niższe niż podstawowe, ☐ Podstawowe, ☐ Gimnazjalne, ☐ Ponadgimnazjalne, ☐ Policealne ☐ Wyższe					
DANE KONTAKTOWE						
Województwo			Powiat			Gmina
Miejscowość				Kod pocztowy		
Ulica				Numer budynku		Numer lokalu
Telefon kontaktowy*						
Adres e-mail*						

*konieczne podanie jednej z form kontaktu – numer telefonu lub adres e-mail

SZCZEGÓŁY WSPARCIA	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	
☐ Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	☐ w tym: Osoba długotrwale bezrobotna
☐ Osoba zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	☐ w tym: Osoba długotrwale bezrobotna
☐ Osoba bierna zawodowo	w tym: ☐ Osoba ucząca się ☐ Osoba nieuczęszczająca w kształceniu lub szkoleniu
☐ Osoba pracująca	☐ Osoba pracująca w administracji rządowej ☐ Osoba pracująca w administracji samorządowej ☐ Inne ☐ Osoba pracująca w MMŚP ☐ Osoba pracująca w organizacji pozarządowej ☐ Osoba prowadząca działalność na własny rachunek ☐ Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
Miejsce pracy	
Wykonywany zawód	
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ Tak ☐ Nie
Osoba z niepełnosprawnościami	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji

.....
(data i podpis uczestnika projektu)

Tytuł projektu: „Opolskie wspiera szpitale w walce z COVID-19”
Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji

Jestem zainteresowany/zainteresowana	
☐ Poradnictwem indywidualnym	
☐ Grupowymi Warsztatami Psychologicznymi	w tym tematykę warsztatów:
	☐ Wiedza: - Natura kryzysu: cechy charakterystyczne, dynamika, funkcjonowanie - Zasady pracy z pacjentem w sytuacji kryzysowej - Istota stresu i reakcji stresowych - Stres ekstremalny a PTSD - Pogłębienie i aktualizacja wiadomości z zakresu wsparcia psychologicznego ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji kryzysowych związanych z COVID- 19
	☐ Samoświadomość: - Sytuacje trudne w kontakcie z poszkodowanym - Komunikacja z „trudnym” pacjentem (dziecko, pacjent agresywny, pacjent z zaburzeniami psychicznymi, osoba chcąca popełnić samobójstwo, pacjent pod wpływem silnego stresu) - Przyczyny zachowań trudnych - Na co mamy wpływ w swojej pracy - Przekazywanie informacji o śmierci
	☐ Umiejętności psychologiczne: ✓ Metody radzenia sobie z sytuacjami trudnymi i trudnymi emocjami ✓ „Face Covid” – zmierz się z wirusem Covid, praktyczne wskazówki w trakcie i po pandemii ✓ Stres chroniczny a wypalenie zawodowe ✓ Strategie radzenia sobie ze stresem – Mój indywidualny styl ✓ Odreagowanie psychologiczne (m.in. debriefing, defuzing, przeciwdziałanie PTSD)
☐ Kursem doskonalenia dla Ratowników Medycznych	

.....
(data i podpis uczestnika projektu)

Tytuł projektu: „Opolskie wspiera szpitale w walce z COVID-19”
Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji

Oświadczenie uczestnika projektu : „Opolskie wspiera szpitale w walce z COVID-19”

- ☐ Oświadczam, że w dniu w którym dokonałem/am zgłoszenia do projektu miałem/am ukończone 18 lat.
- ☐ Oświadczam, że jestem mieszkańcem województwa opolskiego.
- ☐ Oświadczam, że jestem Ratownikiem Medycznym zgodnie z Ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym rozdział 2 art. 10 (Dz.U.2006 nr 191 poz1410 z późn. zm.) oraz pracuję/pracowałam/-em w sposób bezpośredni i pośredni przy zabezpieczeniu przeciwepidemicznym pacjentów w Covid-19
- ☐ Oświadczam, że wyrażam świadomą zgodę na udział w projekcie i akceptuję regulamin projektu.
- ☐ Oświadczam, że nie jest obecnie uczestnikiem innego Programu o podobnym charakterze finansowanym ze źródeł publicznych.
- ☐ Oświadczam, że wyrażam zgodę na rozpowszechnianie swojego wizerunku w związku z realizacją Projektu w celach promocyjnych .
- ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby realizacji projektu oraz zapoznałem/am się i akceptuję klauzulę informacyjną odnośnie przetwarzania i administrowania moimi danymi osobowymi.

.....
(data i podpis uczestnika projektu)