



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”						
<i>prosimy wypełniać DRUKOWANYMI LITERAMI, zaznaczać poprzez wstawienie znaku X w kratce.</i>						
DANE UCZESTNIKA						
Imię			Nazwisko			
PESEL			<input type="checkbox"/> Brak PESEL	Płeć		Wiek
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						
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	
<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> w tym: Osoba długotrwale bezrobotna
<input type="checkbox"/> Osoba zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> w tym: Osoba długotrwale bezrobotna
<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo	w tym: <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
<input type="checkbox"/> Osoba pracująca	<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
Miejsce pracy	
Wykonywany zawód	
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHIWLICHI 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 mieszkań	<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 innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Poradnictwem indywidualnym	
<input type="checkbox"/> Grupowymi Warsztatami Psychologicznymi	w tym tematykę warsztatów:
	<input type="checkbox"/> Wiedza: <ul style="list-style-type: none"> • 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
	<input type="checkbox"/> Samoświadomość: <ul style="list-style-type: none"> • 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
	<input type="checkbox"/> Umiejętności psychologiczne: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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)
<input type="checkbox"/> Kursem doskonalącym wraz z seminarium „Postępowanie z pacjentem covidowym” 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. 2022 poz.1720 z późn. zm.).
- 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)