

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

KWESTIONARIUSZ APLIKACYJNY – OSOBA DOROSŁA (25-64 ROK ŻYCIA), NIEBĘDĄCA NAUCZYCIELEM KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO w ramach projektu pn. „Utworzenie Branżowego Centrum Umiejętności” w zakresie utworzenia i wsparcia funkcjonowania Branżowego Centrum Umiejętności (BCU) w dziedzinie techniki masażu w Małopolskim Zespole Jednostek Edukacyjnych w Nowym Sączu

Projekt realizowany w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności Komponent A: „Odporność i konkurencyjność gospodarki”, Cel szczegółowy Komponentu A3. Doskonalenie systemu edukacji, mechanizmów uczenia się przez całe życie w kierunku lepszego dopasowania do potrzeb nowoczesnej gospodarki, wzrostu innowacyjności, zwiększenia transferu nowych technologii oraz zielonej transformacji, Reforma A.3.1 Kadry dla nowoczesnej gospodarki – poprawa dopasowania umiejętności i kwalifikacji do wymogów rynku pracy w związku z wdrażaniem nowych technologii w gospodarce oraz zieloną i cyfrową transformacją, Inwestycja A3.1.1 „Wsparcie rozwoju nowoczesnego kształcenia zawodowego, szkolnictwa wyższego oraz uczenia się przez całe życie”.

**PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE KWESTIONARIUSZA
DRUKOWANYMI LITERAMI.**

1. Podstawowe dane kandydata/-ki

Imię	
Nazwisko	
PESEL	
W przypadku braku PESEL seria i nr paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość	
Data urodzenia	
Płeć	

Wiek	
Wykształcenie/kierunek kształcenia/tytuł zawodowy:	<input type="checkbox"/> Magister fizjoterapii <input type="checkbox"/> Magister rehabilitacji <input type="checkbox"/> Licencjat Fizjoterapii <input type="checkbox"/> Technik fizjoterapii <input type="checkbox"/> Technik masażysta <input type="checkbox"/> Opiekun medyczny

2. Dane kontaktowe kandydata/-ki

E-mail	
Nr telefonu	
Województwo	
Kod pocztowy	
Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	
Nr mieszkania	

3. Dane dodatkowe kandydata/-ki

Osoba z niepełnosprawnością (posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
STATUS ZAWODOWY KANDYDATA		
Osoba ucząca się	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba zatrudniona	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba poszukująca pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

4. Kryteria premiujące

Osoba z niepełnosprawnością (posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności) – wymagane przedstawienie orzeczenia o niepełnosprawności: +5 pkt	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy - wymagane przedstawienie zaświadczenia o rejestracji: +5 pkt	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

5. Wybór formy wsparcia (prosimy o zaznaczenie jednej opcji - X)

<p>30 godzinny kurs „Terapia tkankowo-sensoryczna”.</p> <p>Aby wziąć udział w kursie należy posiadać minimum jedno z poniżej wymienionych wykształceń:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Magister fizjoterapii • Magister rehabilitacji • Licencjat fizjoterapii • Technik fizjoterapii • Technik masażysta • Opiekun medyczny 	
<p>40 godzinny kurs „Planowanie i wykonywanie masażu osób z głęboką niepełnosprawnością ruchową i sprzężoną”.</p> <p>Aby wziąć udział w kursie należy posiadać minimum jedno z poniżej wymienionych wykształceń:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Magister fizjoterapii • Magister rehabilitacji • Licencjat fizjoterapii • Technik fizjoterapii • Technik masażysta • Opiekun medyczny 	

6. INFORMACJE O POTRZEBACH SPECJALNYCH KANDYDATA/-TKI

(proszę zaznaczyć jeśli dotyczy)

Tłumacz języka migowego	<input type="checkbox"/>
Materiały pisane w alfabecie Braille’a	<input type="checkbox"/>
Materiały informacyjne/ szkoleniowe wydrukowane większą czcionką	<input type="checkbox"/>
Możliwość uczestniczenia we wsparciu z udziałem psa asystującego	<input type="checkbox"/>
Wsparcie asystenta	<input type="checkbox"/>
Pętla indukcyjna	<input type="checkbox"/>
Specjalne potrzeby żywnościowe	<input type="checkbox"/>
Inne usprawnienia – jakie?	<input type="checkbox"/>
Nie dotyczy	<input type="checkbox"/>
INNE/ UWAGI:	

.....	
----------------	--

Oświadczam, że:

- a) Zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Utworzenie Branżowego Centrum Umiejętności” w zakresie utworzenia i wsparcia funkcjonowania Branżowego Centrum Umiejętności (BCU) w dziedzinie techniki masażu w Małopolskim Zespole Jednostek Edukacyjnych w Nowym Sączu.
- b) Zostałem/-am poinformowany/-a, iż projekt pn. „Utworzenie Branżowego Centrum Umiejętności” w zakresie utworzenia i wsparcia funkcjonowania Branżowego Centrum Umiejętności (BCU) w dziedzinie techniki masażu w Małopolskim Zespole Jednostek Edukacyjnych w Nowym Sączu realizowany jest w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności Komponent A: „Odporność i konkurencyjność gospodarki”, Cel szczegółowy Komponentu A3. Doskonalenie systemu edukacji, mechanizmów uczenia się przez całe życie w kierunku lepszego dopasowania do potrzeb nowoczesnej gospodarki, wzrostu innowacyjności, zwiększenia transferu nowych technologii oraz zielonej transformacji, Reforma A.3.1 Kadry dla nowoczesnej gospodarki – poprawa dopasowania umiejętności i kwalifikacji do wymogów rynku pracy w związku z wdrażaniem nowych technologii w gospodarce oraz zieloną i cyfrową transformacją, Inwestycja A3.1.1 „Wsparcie rozwoju nowoczesnego kształcenia zawodowego, szkolnictwa wyższego oraz uczenia się przez całe życie”.
- c) Jestem świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i oświadczam, że wszystkie dane zawarte w Kwestionariuszu aplikacyjnym są zgodne z prawdą.
- d) Zostałam/-em poinformowana/-y, iż w ramach projektu pn. „Utworzenie Branżowego Centrum Umiejętności” w zakresie utworzenia i wsparcia funkcjonowania Branżowego Centrum Umiejętności (BCU) w dziedzinie techniki masażu w Małopolskim Zespole Jednostek Edukacyjnych w Nowym Sączu istnieje możliwość skorzystania z usług dostępowych skierowanych dla osób z niepełnosprawnościami.

- e) Nie jestem nauczycielem kształcenia zawodowego, czyli nauczycielem praktycznej nauki zawodu, który chce podnosić i rozszerzać swoje kompetencje w dziedzinie techniki masażu tj. czynnym nauczycielem

.....
miejsowość, data

.....
podpis Kandydata/-ki

Załącznik nr 1 do Kwestionariusza aplikacyjnego – osoba dorosła

**Oświadczenie Uczestnika/-czki projektu pn. „Utworzenie Branżowego Centrum Umiejętności” w zakresie utworzenia i wsparcia funkcjonowania Branżowego Centrum Umiejętności (BCU) w dziedzinie techniki masażu w Małopolskim Zespole Jednostek Edukacyjnych w Nowym Sączu
o wyrażeniu zgody na wykorzystanie wizerunku**

Ja niżej podpisany/a
na podstawie art.81 ust.1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. (Dz. U. z 2018, poz.1191 ze zm.) o prawie autorskim i prawach pokrewnych oświadczam, że wyrażam zgodę na utrwalanie oraz nieodpłatne, wielokrotne, rozpowszechnianie mojego wizerunku poprzez materiały wizualne w prasie, telewizji, Internecie oraz na publikację materiału video w celach promocyjnych, reklamowych czy edukacyjnych wyłącznie w związku z realizacją projektu pn. „Utworzenie Branżowego Centrum Umiejętności” w zakresie utworzenia i wsparcia funkcjonowania Branżowego Centrum Umiejętności (BCU) w dziedzinie techniki masażu w Małopolskim Zespole Jednostek Edukacyjnych w Nowym Sączu, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej Next Generation EU w ramach Krajowego Planu Odbudowy.

Niniejsza zgoda:

- Nie jest ograniczona czasowa ani terytorialnie,
- Dotyczy wszelkich materiałów wideo, audio i foto z moim udziałem w ww. projekcie wykonanych podczas realizacji projektu. Wizerunek może być użyty do różnego rodzaju form elektronicznego przetwarzania obrazu, kadrowania i kompozycji, bez obowiązku akceptacji produktu końcowego, lecz nie w formach obraźliwych lub ogólnie uznanych za nieetyczne.
- Może zostać cofnięta w dowolnym momencie poprzez przesłanie wiadomości na adres e-mail: bcu@medykns.eu. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....
miejsowość, data

.....
podpis Kandydata/-ki

Załącznik nr 2 do Kwestionariusza aplikacyjnego – osoba dorosła

**Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych
przez Branżowe Centrum Umiejętności
w Nowym Sączu w dziedzinie techniki masażu**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1:

1. Administratorem danych jest Województwo Małopolskie – Małopolski Zespół Jednostek Edukacyjnych w Nowym Sączu, ul. Jagiellońska 61, 33-300 Nowy Sącz, reprezentowane przez Panią Annę Grzegorzek – Dyrektora Małopolskiego Zespołu Jednostek Edukacyjnych w Nowym Sączu, tel.: (+48) 18-443-70-93, adres e-mail: sekretariat@medykns.eu;
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych (IOD), z którym może Pani/Pan się skontaktować w przypadku jakichkolwiek pytań lub uwag dotyczących przetwarzania Pani/Pana danych osobowych i praw przysługujących Pani/Panu na mocy przepisów o ochronie danych osobowych. Dane kontaktowe do IOD: adres e-mail: iod@medykns.eu
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu:
 - 1) rekrutowania uczestników na szkolenia/kursy organizowane przez BCU w dziedzinie techniki masażu w Nowym Sączu,
 - 2) organizowania kursów i szkoleń
 - 3) realizacja działań związanych z walidacją i certyfikacją,
 - 4) obsługi dokumentacji oraz korespondencji (zarówno papierowej, jak i elektronicznej) związanej z prowadzonymi działaniami,
 - 5) współpracy z instytucjami oświatowymi, społeczno-ekonomicznymi oraz biznesowymi,
 - 6) organizowania spotkań, wydarzeń, webinarów, warsztatów i narad informacyjno-promocyjnych

- 7) prowadzenie sprawozdawczości oraz rozliczeń związanych ze wsparciem uczestników i realizacją innych działań,
 - 8) archiwizacją dokumentów.
4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym archiwalnych.
 5. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. a) oraz c) ww. rozporządzenia.
 6. Dane osobowe uczestników (wizerunek) mogą być opublikowane na stronie internetowej szkoły www.bcu.medykns.eu oraz www.facebook.com/bcu.medykns/, Administrator nie będzie przekazywać danych osobowych innym odbiorcom.
 7. W związku z transferem danych do serwisów należących do międzynarodowych organizacji, tzn. Facebook, administrator informuje, że spółki przystąpiły do programu Tarcza Prywatności UE-USA i uzyskały niezbędny certyfikat.
 8. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:
 - 1) żądania dostępu do danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych
 - 2) cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
 - 3) wniesienia skargi do organu nadzorczego.
 9. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, niemniej konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości udziału w procesie rekrutacji do BCU w dziedzinie techniki masażu w Nowym Sączu.

.....
miejsowość, data

.....
podpis Kandydata/-ki

Załącznik nr 3 do Kwestionariusza aplikacyjnego – osoba dorosła

.....
Imię i nazwisko Kandydata/-tki

.....
miejscowość, data

OŚWIADCZENIE

**o niekorzystaniu z innych szkoleń/ kursów w ramach konkursu
„Utworzenie i wsparcie funkcjonowania 120 branżowych centrów
umiejętności (BCU), realizujących koncepcję Centrów Doskonałości
Zawodowej (coves)”**

Ja, niżej podpisany/-a

Zamieszkały/-a

Mając świadomość odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą **oświadczam, iż po raz pierwszy uczestniczę w szkoleniu/kursie i nie korzystałem/-am z innych szkoleń lub kursów** organizowanych przez inne Branżowe Centra Umiejętności w ramach konkursu „Utworzenie i wsparcie funkcjonowania 120 branżowych centrów umiejętności (BCU), realizujących koncepcję Centrów Doskonałości Zawodowej (coves)”

.....
miejscowość, data

.....
podpis Kandydata/-ki

Załącznik nr 4 do Kwestionariusza aplikacyjnego – osoba dorosła

.....
Imię i nazwisko Kandydata/-tki

.....
miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE
o braku przeciwwskazań zdrowotnych**

Ja, niżej podpisany/-a

Zamieszkały/-a

Oświadczam że **nie mam** przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w kursie/szkoleniu realizowanym w ramach projektu pn. „Utworzenie Branżowego Centrum Umiejętności” w zakresie utworzenia i wsparcia funkcjonowania Branżowego Centrum Umiejętności (BCU) w dziedzinie techniki masażu w Małopolskim Zespole Jednostek Edukacyjnych w Nowym Sączu, którego rozpoczęcie planowane jest na miesiąc:

.....

.....
miejscowość, data

.....
podpis Kandydata/-ki

Załącznik nr 5 do Kwestionariusza aplikacyjnego – osoba dorosła

.....
Imię i nazwisko kandydata/-tki

.....
miejscowość, data

ZGODA

na pełnienie roli pacjenta podczas zajęć praktycznych odbywających się w trakcie szkoleń/kursów w ramach projektu pn. „Utworzenie Branżowego Centrum Umiejętności” w zakresie utworzenia i wsparcia funkcjonowania Branżowego Centrum Umiejętności (BCU) w dziedzinie techniki masażu w Małopolskim Zespole Jednostek Edukacyjnych w Nowym Sączu

Ja, niżej podpisany/-a

Zamieszkały/-a

Oświadczam że **nie mam** przeciwwskazań zdrowotnych do wykonania masażu i jednocześnie **zgadzam się** pełnić rolę pacjenta podczas zabiegów wykonywania masażu i innych zajęć praktycznych realizowanych podczas kursu/szkolenia.

.....
miejscowość, data

.....
podpis Kandydata/-ki

Załącznik nr 6 do Kwestionariusza aplikacyjnego – osoba dorosła

.....
Imię i nazwisko Kandydata/-tki

.....
miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE
o posiadanym wykształceniu/tytuł zawodowym**

Ja, niżej podpisany/-a

Zamieszkały/-a

Mając świadomość odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą **oświadczam, iż**

- posiadam następujące wykształcenie/tytuł zawodowy**
(wymagane potwierdzenie odpowiednim dokumentem)
- Magister fizjoterapii
 - Magister rehabilitacji
 - Licencjat Fizjoterapii
 - Technik fizjoterapii
 - Technik masażysta
 - Opiekun medyczny

.....
miejscowość, data

.....
podpis Kandydata/-ki

Załącznik nr 7 do Kwestionariusza aplikacyjnego – osoba dorosła

OŚWIADCZENIE

o zatrudnieniu na stanowisku związanym z dziedziną techniki masażu

Ja, niżej podpisany/-a

Zamieszkały/-a

Mając świadomość odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą **oświadczam, iż:**

Jestem zatrudniony/-a w
nazwa zakładu pracy

na stanowisku

.....

miejsowość, data

.....

podpis Kandydata/-ki