



**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**  
do uczestniczenia w programie pn.

**„Opracowanie i Wdrożenie Programu Rozwojowego PWSZ im. Witelona w Legnicy dla kierunku Pielęgniarstwo na studiach I stopnia wraz z Programem Rozwojowym Absolwenta”**

Imię (imiona) i nazwisko .....

Nr albumu ..... PESEL: .....

Kierunek studiów ..... semestr studiów .....

Rok rozpoczęcia studiów: .....

Adres do korespondencji: .....

E-mail: ..... Telefon: .....

Niepełnosprawność: tak/nie\*. W przypadku zaznaczenia Tak, proszę wskazać indywidualne potrzeby .....

.....

.....

*\*niewłaściwe proszę skreślić. Jeśli zaznaczono Tak, proszę do formularza dołączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub oświadczenie/zaświadczenie o niepełnosprawności*

		Liczba przyznanych punktów
Średnia ocen z I roku studiów (do drugiego miejsca)		
Działalność w Samorządzie Studenckim (od 1 do 5 pkt)		
Zaangażowanie studenta w pracę w kołach naukowych (od 5 do 10 pkt)		
Liczba ocen dostatecznych	.....	
Liczba ocen dostatecznych plus	.....	
Łączna liczba punktów		

**Oświadczam, że:**

1. **Deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „Opracowanie i wdrożenie Programu Rozwojowego PWSZ im. Witelona w Legnicy dla kierunku Pielęgniarstwo na studiach I stopnia wraz z Programem Rozwojowym Absolwenta”, realizowanym przez Państwową Wyższą Szkołę Zawodową im. Witelona w Legnicy w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Oś priorytetowa: V. Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie: 5.5 Rozwój usług pielęgniarstkich.**
2. **Zostałem/am poinformowany/a, że projekt pn. „Opracowanie i wdrożenie Programu Rozwojowego PWSZ im. Witelona w Legnicy dla kierunku Pielęgniarstwo na studiach I stopnia wraz z Programem Rozwojowym Absolwenta” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.**
3. **Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie nr POWR.05.05.00-0008/18 pn: „Opracowanie i wdrożenie Programu Rozwojowego PWSZ im. Witelona w Legnicy dla kierunku Pielęgniarstwo na studiach I stopnia wraz z Programem Rozwojowym Absolwenta” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego funduszu Społecznego.**
4. **Przyjmuję do wiadomości, że złożenie Formularza zgłoszenia nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem mnie do Projektu.**
5. **Oświadczam, iż podane wyżej dane są zgodne z prawdą. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.**



6. Zgodnie z zapisami Ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dnia 4 lutego 1994 roku (Dz. U. z 2018 r. poz. 1191 z późn. zm.), wyrażam zgodę na nieodpłatne, utrwalenie, wykorzystanie i powielanie zdjęć oraz nagrań video wykonanych podczas realizacji zajęć organizowanych przez PWSZ im. Witelona w Legnicy, bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania, wyłącznie w celu promocji uczelni w związku z realizacją Projektu oraz jego rozliczeniem.
7. Oświadczam, że wyrażenie zgody jest równoznaczne z wykorzystaniem zdjęć i nagrań z moim wizerunkiem dla potrzeb sprawozdawczości z realizowanego projektu, a także z wykorzystaniem zdjęć i nagrań w materiałach promocyjnych publikowanych na stronach internetowych PWSZ im. Witelona w Legnicy jak i również poprzez ogólnodostępne środki masowego przekazu.
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z obowiązującym prawem o ochronie danych osobowych.
9. Jednocześnie zobowiązuję się do natychmiastowego poinformowania uczelni w przypadku zaistnienia jakiegokolwiek zmiany danych będących przedmiotem niniejszego oświadczenia.

.....  
Miejscowość, data

.....  
czytelny podpis



## 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. „Kompetencje zamawiane - Pielęgniarstwo od kształcenia do zatrudnienia” 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 Społecznego, 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 Społecznego 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 nr POWR.05.05.00-00-0008/18 pn: „Opracowanie i wdrożenie Programu Rozwojowego PWSZ im. Witelona w Legnicy dla kierunku Pielęgniarstwo na studiach I stopnia wraz z Programem Rozwojowym Absolwenta” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego funduszu Społecznego, 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 – Skarb Państwa – Minister Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa, beneficjentowi realizującemu projekt – Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Witelona w Legnicy, ul. Sejmowa 5a, 59-220 Legnica oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - .....  
..... (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.
  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. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
  9. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
  10. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
  11. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl) lub adres poczty PWSZ im. Witelona w Legnicy: [IOD@pwsz.legnica.edu.pl](mailto:IOD@pwsz.legnica.edu.pl).
  12. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
  13. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\*



**FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI  
W PROJEKCIE**

pn: „Opracowanie i wdrożenie Programu Rozwojowego PWSZ im. Witelona w Legnicy dla kierunku Pielęgniarstwo na studiach I stopnia wraz z Programem Rozwojowym Absolwenta” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

**FORMULARZ PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

<b>Dane uczestnika</b>	Imię	
	Nazwisko	
	Płeć	<input type="checkbox"/> KOBIEТА <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA
	PESEL	
	Wykształcenie	
<b>Dane kontaktowe</b> <i>adres kontaktowy (korespondencyjny)</i>	Ulica	
	Nr domu	
	Nr lokalu	
	Miejscowość	
	Kod pocztowy	
	Gmina	
	Powiat	
	Województwo	
	Telefon komórkowy	
	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
<b>Dane dodatkowe</b>	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba pracująca <u>w tym:</u> <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 szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik 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
	Data rozpoczęcia udziału w projekcie (wypełnia pracownik ds. admin.)	
	Data zakończenia udziału w projekcie (wypełnia pracownik ds. admin.)	
	Zakończenie udziału we wsparciu zgodnie z zaplanowaną ścieżką (wypełnia pracownik ds. admin.)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

**Pozostałe dane**

*Proszę zaznaczyć TAK, NIE lub ODMOWA PODANIA INFORMACJI*

1	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
2	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
3	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
4	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

.....  
Miejscowość, data

.....  
czytelny podpis kandydata/kandydatki do udziału w projekcie



Imię i nazwisko: .....

PESEL ..... Nr albumu: .....

W związku z uczestnictwem w projekcie pt. „Opracowanie i wdrożenie Programu Rozwojowego PWSZ im. Witelona w Legnicy dla kierunku Pielęgniarstwo na studiach I stopnia wraz z Programem Rozwojowym Absolwenta” realizowanym przez Państwową Wyższą Szkołę Zawodową im. Witelona w Legnicy w ramach Osi priorytetowej V. Działanie 5.5 Rozwój usług pielęgniarskich, **proszę o przekazanie przyznanego stypendium moje konto bankowe:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Należy podać dane dotyczące własnego konta - nazwę banku

*Oświadczam, że podany przeze mnie numer rachunku bankowego jest zgodny ze stanem faktycznym i jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że w przypadku podania niewłaściwego numeru należności przełane na powyższy numer nie będą podlegały zwrotowi. Jednocześnie zobowiązuję się do natychmiastowego poinformowania o wszelkich zmianach numeru, zamknięciu, zablokowaniu konta lub o innych zmianach mających wpływ na przekazywanie stypendium.*

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis właściciela rachunku  
(uczestnika/uczestniczki Projektu)



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



## DEKLARACJA

W związku z udziałem w projekcie nr POWR.05.05.00-00-0008/18, pn: „Opracowanie i wdrożenie Programu Rozwojowego PWSZ im. Witelona w Legnicy dla kierunku Pielęgniarstwo na studiach I stopnia wraz z Programem Rozwojowym Absolwenta” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, **deklaruję, że nie później niż miesiąc po uzyskaniu Prawa Wykonywania Zawodu Pielęgniarki podejmę zatrudnienie w podmiotach leczniczych na terenie Polski na umowę o pracę, na cały etat, na stanowisku Pielęgniarki, przez okres 24 miesięcy.**

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu





**Umowa z Uczestnikiem/Uczestniczką**

Nr ...../.....

**na udział w projekcie nr POWR.05.05.00-00-0008/18**

pn: „Opracowanie i wdrożenie Programu Rozwojowego PWSZ im. Witelona w Legnicy dla kierunku Pielęgniarstwo na studiach I stopnia wraz z Programem Rozwojowym Absolwenta” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. (nr umowy o dofinansowanie: POWR.05.05.00-00-0008/18-00/2090/2018/472)

zawarta w dniu ..... w .Legnicy

pomiędzy:

Państwową Wyższą Szkołą Zawodową im. Witelona w Legnicy,  
zwanym w dalszej części „Realizatorem Projektu”, z siedzibą w Legnicy (59-220) przy ulicy Sejmowej 5a, NIP: .....; REGON: .....

reprezentowanym przez:

prof. dr hab. inż. Ryszarda K. Pisarskiego - Rektora,

a

Panią/Panem ....., PESEL.....

legitymująca/-cym się dowodem osobistym (seria, numer) .....

zam. ....

zwaną/-ym w dalszej części „Uczestnikiem/Uczestniczką Projektu”,

zwanymi dalej „Stronami”

§ 1.

1. Realizator Projektu oświadcza, iż w wyniku przeprowadzonego postępowania rekrutacyjnego Uczestnik/Uczestniczka został zakwalifikowany/a do udziału w Projekcie nr POWR.05.05.00-00-0008/18 pn: „Opracowanie i wdrożenie Programu Rozwojowego PWSZ im. Witelona w Legnicy dla kierunku Pielęgniarstwo na studiach I stopnia wraz z Programem Rozwojowym Absolwenta” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, zwanego dalej: „Projektem”.
2. Uczestnik/Uczestniczka Projektu oświadcza, iż spełnia wszystkie kryteria rekrutacyjne, o których mowa w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie nr. POWR.05.05.00-00-0008/18 pn: „Opracowanie i wdrożenie Programu Rozwojowego PWSZ im. Witelona w Legnicy dla kierunku Pielęgniarstwo na studiach I stopnia wraz z Programem Rozwojowym Absolwenta” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, zwanym dalej „Regulaminem”.

§ 2.

1. Uczestnik/Uczestniczka Projektu w ramach Programu Rozwojowego PWSZ im. Witelona w Legnicy dla kierunku Pielęgniarstwo na studiach I stopnia:
  - 1) otrzymuje stypendium motywacyjne w wysokości 800,00 zł. brutto/miesiąc przez okres 20 miesięcy. Stypendium będzie obciążone należnymi składkami z tytułu ubezpieczeń społecznych i podatku dochodowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
  - 2) ma obowiązek udziału w zajęciach dodatkowych (szkoleniach), wykraczających poza standardowy program kształcenia studentów I stopnia kierunku Pielęgniarstwo w PWSZ im. Witelona w Legnicy: „Proces pielęgnowania wg ICNP” oraz „Efektywna komunikacja z pacjentem”,
  - 3) otrzymuje literaturę specjalistyczną o tematyce dotyczącej procesu pielęgnowania wg ICNP (1 podręcznik),



- 4) obowiązkowo uczestniczy w Wizycie studyjnej w krajowym podmiocie leczniczym w terminie ustalonym przez Koordynatora Projektu,
- 5) uzyskuje tytuł Licencjata pielęgniarstwa w terminie ustalonym przez Realizatora Projektu.
2. Uczestnik/Uczestniczka Projektu, o którym/jej mowa w ust. 1 zobowiązany/a jest do przystąpienia do Programu Rozwoju Absolwenta, który zakłada:
  - 1) uzyskanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki w terminie 1 miesiąca od zakończenia studiów,
  - 2) podjęcie pracy na umowę o pracę na cały etat w podmiocie leczniczym działającym na terenie Polski na stanowisku pielęgniarki, w ciągu miesiąca od uzyskania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki,
  - 3) uczestniczenie w zorganizowanych i realizowanych w PWSZ im. Witelona w Legnicy kursach:
    - a) specjalistycznym:
      - „Resuscytacja krążeniowo – oddechowa dla pielęgniarek i położnych”,
      - „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych”.
    - b) kwalifikacyjnym:
      - „Pielęgniarstwo internistyczne dla pielęgniarek”,
      - „Kurs w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej”
  - 4) otrzymywanie stypendium szkoleniowego dla absolwentów w wysokości 1000,00 zł. brutto/miesiąc przez okres do 24 miesięcy, pod warunkiem zatrudnienia na umowę o pracę na cały etat w podmiocie leczniczym działającym na terenie Polski na stanowisku pielęgniarki. Stypendium będzie obciążone należnymi składkami z tytułu ubezpieczeń społecznych i podatku dochodowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
  - 5) opiekę opiekuna absolwenta pielęgniarstwa tj. tutora w podmiocie leczniczym w którym absolwent podejmuje zatrudnienie, przez okres 6 miesięcy,
  - 6) otrzymanie literatury specjalistycznej o tematyce dotyczącej przeprowadzanych kursów o których mowa w pkt. 3, (4 podręczniki).
3. Uczestnik/Uczestniczka Projektu zobowiązany/a jest w szczególności do:
  - 1) przestrzegania Regulaminu oraz zasad współżycia społecznego;
  - 2) regularnego uczestnictwa w zajęciach organizowanych w ramach Projektu o których mowa w ust 1-2;
  - 3) każdorazowego potwierdzania obecności własnoręcznym podpisem na liście obecności;
  - 4) potwierdzenia odbioru literatury specjalistycznej;
  - 5) wypełniania ankiet ewaluacyjnych;
  - 6) informowania Biura Projektu o niemożności wzięcia udziału w zajęciach co najmniej na 3 dni kalendarzowe przed planowanymi zajęciami;
  - 7) dostarczenia zaświadczenia potwierdzającego uzyskanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki w terminie 7 dni od nabycia uprawnienia
  - 8) dostarczenia kserokopii umowy o pracę na cały etat na co najmniej okres trzech miesięcy od daty jej zawarcia w podmiocie leczniczym działającym na terenie Polski na stanowisku pielęgniarki
  - 9) comiesięcznego dostarczania informacji o pozostawaniu w zatrudnieniu, o którym mowa w pkt. 8 do dnia 10 każdego miesiąca;
  - 10) w terminie do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie przekazania danych dotyczących statusu na rynku pracy oraz informacji na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji;
  - 11) w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnić dane dotyczące swojego statusu na rynku pracy;
  - 12) udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych również po zakończonym udziale w projekcie;



§ 3.

1. Udział w Projekcie ma charakter nieodpłatny i jest finansowany ze środków Unii Europejskiej ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, z zastrzeżeniem ust. 4.
2. Uczestnik/Uczestniczka Projektu może zostać skreślony/a z listy Uczestników/Uczestniczek w przypadku rażącego naruszenia postanowień niniejszej Umowy lub Regulaminu.
3. Uczestnik/Uczestniczka Projektu, który/a nie ukończył/a Projektu lub stracił/a status osoby uprawnionej do udziału w Projekcie traci uprawnienia wynikające z udziału w Projekcie.
4. W przypadku, gdy Uczestnik/Uczestniczka Projektu z własnej winy zrezygnował/a z udziału w Projekcie, nie ukończył/a Projektu lub odmówił/a poddania się ewaluacji, Realizator Projektu ma prawo zobowiązać Uczestnika/Uczestniczkę do zwrotu wszystkich środków wypłaconych mu/jej w trakcie trwania Projektu.
5. W przypadku niezwrócenia kosztów, o których mowa w ust. 4, Realizator Projektu ma prawo skierować do Uczestnika/Uczestniczki Projektu wezwanie do zapłaty, zakreślając termin do zapłaty.
6. Po bezskutecznym upływie terminu o którym mowa w ust. 5 Realizator Projektu zastrzega sobie prawo skierowania sprawy na drogę postępowania sądowego.
7. W uzasadnionych przypadkach, na pisemny i udokumentowany wniosek Uczestnika/Uczestniczki Projektu, Realizator Projektu, biorąc pod uwagę zdarzenia losowe, może zwolnić Uczestnika/Uczestniczkę Projektu z opłaty, o której mowa w ust. 4 w całości lub w części, pod warunkiem, że uzyska taką zgodę od Instytucji Pośredniczącej (Skarb Państwa-Minister Zdrowia).

§ 4.

O rezygnacji z udziału w Projekcie, Uczestnik/Uczestniczka zobowiązany/a jest poinformować Realizatora Projektu w formie pisemnej z podaniem przyczyn rezygnacji.

§ 5.

Uczestnik/Uczestniczka Projektu zobowiązany/a jest zapoznać się z przepisami wewnętrznymi Realizatora Projektu, które dostępne są na stronie internetowej: [www.pwsz.legnica.edu.pl](http://www.pwsz.legnica.edu.pl) oraz w Biurze Projektu, bud. A pok.5

§ 6.

1. Uczestnik/Uczestniczka Projektu zobowiązany/a jest do każdorazowego pisemnego zawiadomienia Realizatora Projektu o zmianie swojego miejsca zamieszkania i adresu do korespondencji, poprzez złożenie stosownego oświadczenia w siedzibie Realizatora Projektu, na adres Realizatora Projektu, z dopiskiem „Biuro Projektu”, za zwrotnym potwierdzeniem odbioru. W przypadku zaniechania tego obowiązku, korespondencję wysłaną pod ostatni znany adres do korespondencji uważa się za doręczoną.
2. Obowiązek zawiadomienia, o którym mowa w ust. 1 dotyczy także informowania Realizatora Projektu o wszelkich zmianach związanych z danymi personalnymi oraz o zaistnieniu okoliczności powodujących utratę statusu osoby spełniającej kryteria naboru, określone w Regulaminie.

§ 7.

Wypłata stypendium o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 1 oraz w ust. 2 pkt 4 będzie następowała miesięcznie na rachunek bankowy Uczestnika/Uczestniczki Projektu, przy czym Realizator Projektu zastrzega możliwość przesunięcia płatności w przypadku nie otrzymania w terminie od Instytucji Pośredniczącej, środków finansowych niezbędnych na ten cel. W takim przypadku Realizator Projektu zwolniony jest z obowiązku zapłaty odsetek za zwłokę.



§ 8.

1. Umowa zostaje zawarta na czas realizacji Projektu tj. na czas nie dłuższy niż do dnia 30 września 2023 r.
2. Umowa niniejsza może zostać rozwiązana w przypadku:
  - a) wystąpienia okoliczności uniemożliwiających dalsze wykonanie postanowień zawartych w umowie,
  - b) Uczestnik/Uczestniczka przestał/a spełniać warunki uprawniające do uczestnictwa w Projekcie,
  - c) Uczestnik/Uczestniczka uchyla się od wykonywania obowiązków przewidzianych w Regulaminie lub umowie,
  - d) umowa z Instytucją Pośredniczącą o dofinansowanie Projektu została rozwiązana.
3. Uczestnik/Uczestniczka oświadcza, iż nie będzie występować z jakimkolwiek roszczeniem w związku z rozwiązaniem umowy z przyczyn określonych w ust. 2.

§ 9.

1. Wszelkie zmiany i uzupełnienia do niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową będą mieć zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, przepisy wewnętrzne obowiązujące u Realizatora Projektu oraz inne właściwe przepisy prawa powszechnie obowiązującego.
3. Wszelkie spory wynikłe z treści lub stosowania niniejszej umowy Strony będą starały się rozstrzygnąć polubownie w terminie jednego miesiąca od daty ich zaistnienia, a w przypadku braku takiej możliwości spory rozstrzygane będą przez sąd właściwy miejscowo dla siedziby Realizatora Projektu.

§ 10.

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

.....  
UCZESTNIK/UCZESTNICZKA PROJEKTU

.....  
REALIZATOR PROJEKTU