



Data i godzina przyjęcia podania	Podpis pracownika ds. Kadr i Szkolenia	Uwagi
----------------------------------	--	-------

PODANIE O UCZESTNICTWO W PROJEKCIE

pt. „Profilaktyka poprzez szkolenia i doposażenie miejsc pracy celem ułatwienia pozostania w zatrudnieniu”

Dane personalne Kandydata:

Imię i nazwisko

Stanowisko

Telefon prywatny

Adres e-mail

Kryteria wyboru uczestników	Opis kryterium	Oświadczenie Kandydata:	Weryfikacja informacji przez pracownik ds. Kadr i Szkoleń (liczba punktów)
Staż pracy	Kandydat otrzyma punkty w zależności od lat pracy na danym stanowisku objętym projektem, tj.: 1 rok = 1 punkt	Na stanowisku pracy objętym projektem jestem zatrudnionylatpunktów
Umowa na czas nieokreślony	Za posiadanie ze Szpitalem umowy o pracę na czas nieokreślony Kandydat otrzyma dodatkowo 1 punkt	Jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony/ Nie jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony*punktów
Suma punktów:	Minimalna liczba punktów kwalifikująca do projektu: 4 W przypadku wystąpienia problemów ze zgromadzeniem określonej liczby uczestników liczba punktów zostanie obniżona.	Nie dotyczypunktów

Wypełniają wyłącznie pracownicy zatrudnieni na stanowiskach: fizjoterapeuta, pielęgniarka i lekarz

Oświadczam, iż posiadam/ nie posiadam* stwierdzonej wady wzroku dioptrii.

Badanie okulistyczne wykonam we własnym zakresie, a wyniki badań prześlę Pracownikowi ds. Kadr i Szkolenia.

I. Kryterium punktowe=wada wzroku (D=dioptrii).

0,5-1 D = 1 pkt

1-2 D = 2 pkt

pow. 2 D = 3 pkt

II. Kryterium rozstrzygające=kolejność zgłoszeń.

Do niniejszego podania przedkładam /nie przedkładam zaświadczenie/a lekarskie o stanie zdrowia, stwierdzające rozpoznanie choroby układu ruchu.

.....
(Data i podpis Kandydata)

Potwierdzenie

Wypełnia bezpośredni przełożony Kandydata:

Potwierdzam/ nie potwierdzam* informacje/i przekazanych przez Kandydata w ww. oświadczeniu.

.....
(Data i podpis bezpośredniego przełożonego)

Wypełnia Pracownik ds. Kadr i Szkolenia:

Kandydat otrzymałpunktów. W związku z powyższym Kandydat wstępnie został zakwalifikowany/
nie został zakwalifikowany* do Projektu.

Potwierdzam zakwalifikowanie/niezakwalifikowanie* Kandydata do otrzymania dofinansowania za zakup
okularów. Kandydat otrzymałpunktów.

.....
(Data i podpis Pracownika ds. Kadr i Szkolenia)

Potwierdzam zakwalifikowanie/niezakwalifikowanie* Kandydata do udziału w Projekcie w grupie docelowej:

.....
(fizjoterapeutów, pielęgniarek, lekarzy, innych pracowników medycznych, pracowników administracyjnych,
pracowników gospodarczych i obsługi, pracowników kuchni)

W związku z powyższym poinformowano Kandydata telefonicznie/osobiście* o udziale w Projekcie.

.....
(Data i podpis Pracownika ds. Kadr i Szkolenia)