

Załącznik Nr 1

.....
(pieczęć Organizatora kształcenia)

.....
(miejscowość, data)

Deklaracja

przystąpienia do kursu specjalistycznego dla pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie opieki geriatrycznej, w ramach projektu systemowego „*Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

Ja niżej podpisany/a przystępuję do kursu specjalistycznego dla pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie opieki geriatrycznej, w ramach projektu systemowego *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej* współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie, tj.:

1. Posiadam prawo wykonywania zawodu pielęgniarstwa na obszarze RP – zaświadczenie nrwydane przez z dnia
2. Posiadam aktualne zatrudnienie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w zawodzie pielęgniarstwa: w podmiocie wykonującym działalność leczniczą będącym lub niebędącym przedsiębiorcą realizującym świadczenia w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna
 - a) na podstawie umowy o pracę na czas:



- określony od do w
(dzień/miesiąc/rok) (nazwa zakładu pracy)

.....
.....

- nieokreślony od w
(dzień/miesiąc/rok) (nazwa zakładu pracy)

.....
.....

b) w ramach indywidualnej / specjalistycznej praktyki pielęgniarskiej od dnia
.....,

c) na podstawie umowy (np. umowy zlecenia, umowy o dzieło, innej umowy
cywilnoprawnej) z dnia
zawartej z na okres

3. Spełniam ustawowy wymóg dotyczący wykształcenia pielęgniarki / pielęgniarza
podstawowej opieki zdrowotnej^{1*}

a) posiadam tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa:

- ☐ rodzinnego, ☐ pediatrycznego, ☐ środowiskowego, ☐ środowiskowo-rodzinnego, ☐ przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, ☐ opieki długoterminowej,
☐ w ochronie zdrowia pracujących, ☐ środowiska nauczania i wychowania,
☐ zachowawczego, ☐ promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

b) jestem w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa:

- ☐ rodzinnego, ☐ pediatrycznego, ☐ opieki długoterminowej,
☐ środowiska nauczania i wychowania, ☐ zachowawczego, ☐ promocji zdrowia
i edukacji zdrowotnej.

¹ w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2008r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.)

- c) posiadam ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa:
- ☐ rodzinnego, ☐ pediatrycznego, ☐ środowiskowego,
 - ☐ środowiskowo-rodzinnego, ☐ przewlekle chorych i niepełnosprawnych,
 - ☐ opieki długoterminowej, ☐ w ochronie zdrowia pracujących, ☐ środowiska nauczania i wychowania, ☐ zachowawczego, ☐ promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.
- d) jestem w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa:
- ☐ rodzinnego, ☐ pediatrycznego, ☐ opieki długoterminowej,
 - ☐ środowiska nauczania i wychowania, ☐ zachowawczego, ☐ promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.
- e) posiadam tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, i jestem świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo jestem zatrudniona lub wykonuję zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych informacji.

.....
czytelny podpis osoby przystępującej do kursu