**Oświadczenie kandydata/-tki do prowadzenia zajęć dodatkowych dla studentów kierunku lekarski, pielęgniarstwo i położnictwo**

Ja, ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………,

(imię i nazwisko)

Oświadczam, że posiadam status pracownika naukowo - dydaktycznego w Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum w Bydgoszczy, ukończyłem/-łam studia na kierunku …………………………………………….., legitymuję się stopniem zawodowym/naukowym ……………………………………………, posiadam ………………………letnie doświadczenie w zakresie prowadzenia zajęć o deklarowanej tematyce, posiadam certyfikat ukończenia szkolenia z zakresu symulacji medycznej na poziomie podstawowym (jeśli dotyczy).

Deklaruję chęć przeprowadzenia zajęć dodatkowych dla studentów kierunku lekarskiego, położnictwo   
i pielęgniarstwo w formie warsztatu pn. (właściwe podkreślić):

- Poród fizjologiczny,

- Osłuchiwanie płuc i serca,

- Komunikacja kliniczna w stanach zagrożenia życia,

- Pacjent psychiatryczny,

- Stany zagrożenia życia,

- Postępowanie z pacjentem urazowym,

- ITLS International Trauma Life Support,

- NLS – podstawy Newborn Life Support,

- Elektroterapia w zaburzeniach rytmu serca,

- Zabiegi laparoskopowe: choleocystektomia, appendektomia.

Ponadto oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej, zostałam pouczona/-y o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń i potwierdzam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

Bydgoszcz, dn. …………………………………. ……………………………………………………………

(miejscowość i data) (podpis kandydata/-tki)

…………………………………………………………………………………..

Zgoda bezpośredniego przełożonego (podpis i pieczęć)