Załącznik nr 2 do Ogłoszenia o naborze

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

W związku z przystąpieniem do projektu „Nauczanie symulacyjne drogą rozwoju dydaktyki medycznej
w Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika”, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020, Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru ochrony zdrowia, Działanie 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych:

***Ja niżej podpisana/-ny,* ………………………………………………………;**

***zamieszkała/-ły* ………………………………………...; *PESEL* ………………………...**

 (miejscowość, ulica)

1. deklaruję udział w projekcie pn. „Nauczanie symulacyjne drogą rozwoju dydaktyki medycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika”, nr POWR.05.03.00-00-0004/15 i tym samym zobowiązuję się do przeprowadzenia zajęć przygotowujących drużyny do zawodów symulacji medycznej
w formie warsztatu pn.:
2. Postępowanie w nagłych stanach internistycznych – **inne stany internistyczne z zakresu endokrynologii, neurologii, toksykologii itd.** (wymiar godzin: 7 godzin dydaktycznych)
3. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału
we wskazanym projekcie tj.:
4. posiadam status pracownika naukowo – dydaktycznego/dydaktycznego w CM UMK;
5. posiadam wykształcenie wyższe – ukończone studia na kierunku lekarskim;
6. posiadam minimum roczne doświadczenie w prowadzeniu zajęć w zakresie deklarowanego warsztatu;
7. posiadam doświadczenie w prowadzeniu zajęć z wykorzystaniem metod symulacji medycznej.
8. zostałam/-em poinformowany, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej;
9. zostałam/-em pouczona/-y o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń
i potwierdzam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

…..………………………… ……………………………………………………………

MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRZYGOTOWUJĄCEGO DRUŻYNĘ DO ZAWODÓW SYMULACJI MEDYCZNEJ O WYRAŻENIU ZGODY NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU**

 W związku z realizacją przeze mnie zajęć przygotowujących drużynę do zawodów symulacji medycznej w Centrum Symulacji Medycznych CM UMK wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku, do celów związanych z promocją.

Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, iż fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas zajęć mogą zostać umieszczone na stronie internetowej www.cm.umk.pl oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych.

…..………………………… …………… ……………………………………………

MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU