**Załącznik nr. 1** **Formularz zgłoszeniowy**

***Zachęcamy Państwa do zgłoszenia udziału w projekcie pn. „Akademia Menadżera – przeprowadzenie działań rozwojowych kadry zarządzającej”.***

***Formularz wraz z załącznikami należy przesłać w terminie do 31 maja 2021 r. na adres mailowy:*** [*studiaMBA@mz.gov.pl*](mailto:studiaMBA@mz.gov.pl)***.***

***W przypadku pytań lub wątpliwości Zespół projektowy pozostaje do Państwa dyspozycji.***

**Dane osobowe**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię/Imiona** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL** |  |
| Data urodzenia |  |
| Miejsce urodzenia |  |
| Nr i seria dowodu osobistego |  |
| Płeć | Kobieta  Mężczyzna |
| **Wykształcenie** | wyższe  Kierunek……………………………………………………………. |
| **e-mail** |  |
| **Telefon komórkowy** |  |
| Telefon stacjonarny w pracy |  |

**Adres zamieszkania**

|  |  |
| --- | --- |
| **Miejscowość** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Województwo** |  |
| **Powiat** |  |
| Gmina |  |
| **Ulica** |  |
| **Nr budynku** |  |
| **Numer lokalu** |  |

**Sytuacja zawodowa**

|  |  |
| --- | --- |
| Zatrudniony w(proszę podać nazwę i adres instytucji oraz zajmowane stanowisko) |  |
| Data zatrudnienia na stanowisku o charakterze kierowniczym lub koordynacyjnym w ochronie zdrowia |  |
| Liczba miesięcy pracy na stanowisku o charakterze kierowniczym lub koordynacyjnym.  Ogółem (wg. stanu na 15 maja 2021 r.) |  |
| Poziom znajomości języka angielskiego | B1  B2  C1  C2 |

**Oświadczenia społeczne**

|  |  |
| --- | --- |
| **Czy jest Pani/Pan osobą z niepełnosprawnościami?** | Tak  Nie  Odmowa podania informacji |
| **Specjalne potrzeby** | Tak jakie?..............................................  Nie |

**Wypowiedź pisemna:**

|  |
| --- |
| 1. **Jakie przesłanki o charakterze zawodowym skłaniają Panią/Pana do zgłoszenia się na studia MBA?** |
| **Odpowiedź na pytanie 1:** |
| 1. **Jakie doświadczenia zawodowe może Pani/Pan wykorzystać do wzbogacenia zajęć realizowanych w ramach programu MBA?** |
| **Odpowiedź na pytanie 2:** |
| 1. **Jakie procesy zarządzania są Pani/Pana zdaniem kluczowe dla efektywnego funkcjonowania podmiotu leczniczego? Proszę uzasadnić swoją odpowiedz.** |
| **Odpowiedź na pytanie 3:** |

**Oświadczenia Kandydata:**

|  |
| --- |
| Akceptuję założenia ***Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Akademia Menadżera – prowadzenie działań rozwojowych kadry zarządzającej” nr POWR.05.02.00-00-0002/19 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia.*** |
| Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym. |
| W związku z chęcią przystąpienia do projektu pn. „Akademia Menadżera – przeprowadzenie działań rozwojowych kadry zarządzającej” nr POWR.05.02.00-00-0002/19, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (podanie danych jest dobrowolne i umożliwia podjęcie działań rekrutacyjnych). |

………………………………………

/Imię i nazwisko/

Podpisano elektronicznie