**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****.***

***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