**DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE**

Ja, niżej podpisana/-y ……………………………………………………………………………

(imię i nazwisko)

**deklaruję chęć udziału w projekcie**

pt. *„Wdrożenie Programu Rozwojowego w oparciu o Centrum Symulacji Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego”*

realizowanym przy udziale środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Oś Priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia,

Działanie 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych

poprzez **uczestnictwo w kursie instruktorskich w zakresie nauczania metodą symulacji medycznych**

Oświadczam, że:

- jestem nauczycielem akademickim WUM zatrudnionym na stanowisku dydaktycznym lub naukowo-dydaktycznym,

- prowadzę zajęcia z przedmiotu:

□ Anestezjologia □ Pediatria

□ Choroby wewnętrzne □ Chirurgia

□ Ginekologia □ Medycyna ratunkowa

□ inny (podać jaki) …………………………………………………………

□ dla kierunku lekarskiego w □ I Wydziale Lekarskim □ II Wydziale Lekarskim

□ dla kierunku lekarsko-dentystycznego

- planuję prowadzenie zajęć symulacyjnych w Centrum Symulacji Medycznych przez co najmniej 3 przyszłe lata akademickie (min. do r. ak. 2020/2021)

*Zostałem/-am poinformowany/-a o celu zbierania danych osobowych oraz ich poprawiania, obowiązku podania danych i o jego podstawie prawnej. Oświadczam, że dane osobowe i pozostałe informacje, podane przeze mnie w niniejszej deklaracji, odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności prawnej, jaka ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.*

Jednocześnie zobowiązuje się do:

- uczestnictwa w pełnym wymiarze godzin kursu zgodnie z programem zajęć i potwierdzenie uczestnictwa na liście obecności,

- wypełnienie ankiet ewaluacyjnych oraz innych informacji wynikających z zasad realizacji Projektu w czasie i po zakończeniu udziału w Projekcie,

- informowania Kierownika Projektu o wszelkich zmianach danych osobowych w czasie do 5 dni od ich zaistnienia.

Oświadczam, że:

- mam świadomość, że nabyta przeze mnie wiedza zostanie wykorzystania do prowadzenia zajęć w Centrum Symulacji Medycznych,

- poprzez udział w niniejszym kursie zobowiązuje się do pozostawania w dyspozycji Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w zakresie prowadzenia zajęć w Centrum Symulacji Medycznych w ciągu najbliższych 3 lat akademickich tj. do r. ak. 2020/2021. Jednocześnie mam świadomość, że w razie ustania lub rozwiązania stosunku pracy WUM ma prawo wykorzystać moje kwalifikacje do prowadzenia zajęć w CSM na podstawie innych umów;

- w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w kursie w jego trakcie, nieuzasadnionej obecności skutkującej nieukończeniem kursu lub w przypadku odmowy prowadzenia zajęć w CSM w ciągu najbliższych 3 lat akademiach zobowiązuje się do zwrotu kosztów udziału w kursie na pisemne wezwanie WUM

……………………………

Data i podpis uczestnika

**Zgoda bezpośredniego przełożonego**: ……………………………..

Podpis i pieczęć

**Adnotacje Biura Projektu CSM**

- potwierdzenie zatrudnienia w Dziale Kadr i Płac …………………………

Uwagi: ………………………………………………………………………………………………………..