



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Tytuł kursu: Wybrane problemy z psychiatrii dzieci i młodzieży

ŚNIADANIE – GODZ. 8.00

Dzień 1 – data: 2.12.2019

PRZERWA OBIADOWA – GODZ. 14.05-14.25

Godz.	tytuł wykładu lub innych zajęć	tytuł, imię i nazwisko wykładowcy	l. godz
8.30-9.15	Wprowadzenie w problematykę, cele i obszar działania psychiatrii dziecięcej	dr n. med. Monika Szewczuk-Bogusławska	1
9.20-10.50	Zagadnienia psychopatologii rozwojowej w oparciu o wiedzę o rozwoju jednostki i rozwoju rodziny	dr n. med. Monika Szewczuk-Bogusławska	2
11.00-12.30	Zagadnienia psychologii klinicznej, badania psychologicznego	mgr Małgorzata Kaczmarek-Fojtar	2
12.35-14.05	Zagadnienia diagnostyki wielopłaszczyznowej z uwzględnieniem diagnostyki kontekstualnej	mgr Małgorzata Kaczmarek-Fojtar	2
14.25-15.10	Wprowadzenie do rodzinnej psychiatrii konsultacyjnej dzieci i młodzieży	mgr Małgorzata Kaczmarek-Fojtar	1

Dzień 2 – data: 3.12.2019

PRZERWA OBIADOWA – GODZ. 13.20-13.40

Godz.	tytuł wykładu lub innych zajęć	tytuł, imię i nazwisko wykładowcy	l. godz.
8.30-10.00	Podstawy diagnozy i postępowania w całościowych zaburzeniach rozwojowych	dr n. med. Monika Szewczuk-Bogusławska	2
10.10-11.40	Podstawy diagnozy i postępowania w zaburzeniach hiperkinetycznych	dr n. med. Monika Szewczuk-Bogusławska	2
11.50-13.20	Podstawy diagnozy i postępowania w zaburzeniach zachowania	dr n. med. Monika Szewczuk-Bogusławska	2
13.40-15.10	Podstawy diagnozy i postępowania w schizofrenii i innych zaburzeniach psychotycznych	dr n. med. Monika Szewczuk-Bogusławska	2

Dzień 3 – data: 4.12.2019

PRZERWA OBIADOWA – GODZ. 13.20-13.40

Godz.	tytuł wykładu lub innych zajęć	tytuł, imię i nazwisko wykładowcy	I. godz.
8.30-10.00	Podstawy diagnozy i postępowania w zaburzeniach lękowych, adaptacyjnych i przebiegających pod postacią somatyczną	dr n. med. Monika Szewczuk-Bogusławska	2
10.10-11.40	Podstawy diagnozy i postępowania w zaburzeniach afektywnych	dr n. med. Monika Szewczuk-Bogusławska	2
11.50-13.20	Podstawy diagnozy i postępowania w zaburzeniach jedzenia	dr n. med. Monika Szewczuk-Bogusławska	2
13.40-15.10	Podstawy diagnozy i postępowania w zaburzeniach jedzenia	dr n. med. Monika Szewczuk-Bogusławska	2

Dzień 4 – data: 5.12.2019

PRZERWA OBIADOWA – GODZ. 14.05-14.25

Godz.	tytuł wykładu lub innych zajęć	tytuł, imię i nazwisko wykładowcy	I. godz.
8.30-10.00	Specyfika prowadzenia psychoterapii u pacjentów w wieku rozwojowym	mgr Małgorzata Kaczmarek-Fojtar	2
10.10-11.40	Psychoterapia indywidualna i grupowa - kryteria wyboru metody w psychiatrii dzieci i młodzieży	mgr Małgorzata Kaczmarek-Fojtar	2
11.50-14.05	Podstawy diagnozy i postępowania w uzależnieniach od substancji psychoaktywnych i uzależnieniach behawioralnych	lek. med. Mikołaj Trizna	3
14.25-15.10	Podsumowanie merytoryczne i zaliczenie kursu	dr n. med. Monika Szewczuk-Bogusławska	1

Załącznik nr 1 do Wniosku o realizację kursów

Regulamin kursów specjalizacyjnych realizowanych w ramach projektu „Rozwój kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju”.

1. WARUNKI DOTYCZĄCE SPOSÓB ORGANIZACJI KURSU

Kursy specjalizacyjne organizowane przez CMKP lub na jego zlecenie realizowane są w oparciu o programy kursów pozytywnie zaopiniowane przez właściwego konsultanta krajowego/wojewódzkiego, których ramowy program wynika z programu danej specjalizacji.

W przypadku kursów specjalizacyjnych realizowanych na zlecenie CMKP przez podmioty zewnętrzne, które zostały wyłonione w postępowaniu przetargowym – szczegółowe warunki sposobu organizacji kursu określone są w umowie.

Uczestnicy kursów realizowanych w ramach projektu mają zapewnione:

- 1) możliwość otrzymania dofinansowania kosztów dojazdu i noclegu podczas kursu – zgodnie z „Regulaminem udzielania wsparcia finansowego”;
- 2) bezpłatny catering podczas kursów tj. śniadanie i obiady oraz przerwę kawową.

2. ZASADY I SPOSÓB NABORU UCZESTNIKÓW

Nabór na kursy prowadzi CMKP w oparciu o szczegółowe zasady rekrutacji i naboru uczestników kursów realizowanych w ramach projektu, zawarte w osobnym dokumencie pn. „Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie”.

3. WZÓR KARTY PRZEBIEGU KURSU

Dokumentami potwierdzającymi przebieg realizacji kursu są:

- 1) Program kursu zatwierdzony przez właściwego konsultanta krajowego;
- 2) Lista wykładowców z wykazem zrealizowanych godzin wykładowych, potwierdzona podpisami wykładowców i kierownika naukowego kursu;

- 3) Lista obecności uczestników kursu z pisemnym potwierdzeniem obecności przez uczestników oraz z informacją o zaliczeniu kursu, zatwierdzona przez kierownika naukowego kursu;
- 4) Anonimowe ankiety oceny kursu wypełniane przez uczestników.

4. PRAWA I OBOWIĄZKI UCZESTNIKÓW KURSU

Prawa i obowiązki uczestników kursu określono szczegółowo w osobnym dokumencie pn. „Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie”.

5. ZAKRES OBOWIĄZKÓW WYKŁADOWCÓW I INNYCH PROWADZĄCYCH ZAJĘCIA TEORETYCZNE I ZAJĘCIA PRAKTYCZNE

Wykładowcami podczas kursów realizowanych w projekcie są osoby posiadające kwalifikacje wystarczające do profesjonalnego przeprowadzenia zajęć w ramach kursu, czego potwierdzeniem jest pozytywna opinia konsultanta krajowego/wojewódzkiego kursu.

Wykładowcy zobowiązani są do przekazywania aktualnej wiedzy, opartej na badaniach naukowych.

Jeżeli forma kursu przewiduje prowadzenie zajęć praktycznych osoby prowadzące zobowiązane są do bezpiecznego przeprowadzenia zajęć, w oparciu o adekwatne materiały/aparaturę dydaktyczno-szkoleniową.

Wykładowcy zobowiązani są do informowania organizatora kursu o wszelkich zmianach mających wpływ na jego realizację.

Wykładowcy odpowiadają merytorycznie za prezentowane treści/sposób prowadzenia zajęć/warsztatów/ćwiczeń/demonstracji przed kierownikiem naukowym kursu.

Kierownik naukowy kursu zobowiązany jest do realizacji kursu zgodnie z programem kursu zatwierdzonym przez właściwego konsultanta krajowego/wojewódzkiego a w sytuacji konieczności dokonuje zmian w taki sposób aby zapewnić właściwą jakość merytoryczną kursu.

6. SPOSÓB SPRAWDZANIA NABYTEJ WIEDZY I UMIEJĘTNOŚCI PRAKTYCZNYCH

Sposób sprawdzenia nabytej wiedzy i umiejętności praktycznych wynika z wymogów kursów określonych w programie specjalizacji.

Osobą odpowiedzialną za przygotowanie i przeprowadzenie sprawdzianu nabytej wiedzy jest kierownik naukowy kursu.

7. SPOSÓB OCENY ORGANIZACJI I PRZEBIEGU KURSU PRZEZ UCZESTNIKÓW

Ocena organizacji i przebiegu kursu dokonywana jest przez uczestników kursu poprzez wypełnienia anonimowego kwestionariusza oceny kursu, którego wzór organizatorom kursów udostępnia CMKP.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 4 do Umowy

Wymagania dotyczące oznakowywania materiałów dydaktycznych w formie elektronicznej

1. Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia materiałów dydaktycznych w formie elektronicznej na płycie CD/DVD.
2. Wykonawca oświadcza, iż uzyska niewyłączną licencję do korzystania z utworów (materiałów dydaktycznych) wytworzonych w trakcie realizacji niniejszej Umowy. Zamawiający nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne spory wynikłe z tytułu roszczeń osób trzecich do praw autorskich do części lub całości przygotowanych materiałów dydaktycznych.
3. Każdy egzemplarz materiałów dydaktycznych powinien zawierać program kursu z wykazem poszczególnych tematów zamieszczonych materiałów i autorów, stanowiący równocześnie spis treści.
4. Płyta powinna zostać zamieszczona w plastikowym lub tekturowym pudełku do pojedynczego przechowywania, oznakowanym poprzez zamieszczenie m.in. nazwy i numeru kursu oraz informacji o współfinansowaniu ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego – zgodnie z poniższym wzorem:



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Materiały dydaktyczne do kursu pt.....
nr.....

Kurs współfinansowany przez
Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego

„Rozwój kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu
widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju”

Egzemplarz bezpłatny

5. Poszczególne prezentacje/pliki zamieszczone na płycie muszą być oznakowane poprzez zamieszczenie na pierwszym i ostatnim slajdzie/stronie zamieszczonego pliku następującej treści wraz z grafikami:



**Fundusze
Europejskie**

Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



**Kurs współfinansowany przez
Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach projektu:
„Rozwój kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu
widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju”**

6. Poszczególne prezentacje/pliki muszą być opisane nazwiskiem autora wraz z podaniem tytułu prezentacji/pliku – zgodnie z zamieszczonym programem kursu, o którym mowa w pkt 3.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 5 do Umowy

Wymagania dotyczące cateringu

WYKONAWCA zobowiązuje się do zapewnienia uczestnikom Kursu, w każdym dniu trwania zajęć dydaktycznych i w ilości odpowiadającej zakwalifikowanej liczbie uczestników, cateringu w formie przerwy śniadaniowej oraz przerwy obiadowej.

Osobo-posiłek dla uczestników każdego dnia kursu składać się będzie z:

1. Śniadania składającego się z niżej wymienionych elementów, z tym że **w każdym dniu kursu od 10% do 20% zestawów śniadaniowych stanowić będą posiłki wegetariańskie:**

- 1) **kawa** – min. 250 ml/os. podane w termosach (dodatki: cukier, mleczko – bez ograniczeń);
- 2) **herbata** – min. 250 ml/os. podane w termosach (dodatki: cukier, cytryna - bez ograniczeń) – do wyboru różne rodzaje herbat, w tym czarna i zielona;
- 3) **2 rodzaje soków 100%** – min. 250 ml/os.;
- 4) **woda mineralna** (niegazowana i gazowana) w butelkach min. 0,25 l - po jednej na osobę;
- 5) **co najmniej 2 rodzaje kanapek o łącznej gramaturze minimum 200 g – nie dopuszcza się przygotowywania kanapek na pieczywie tostowym oraz w bułce kajzerce:** przygotowane na różnego rodzaju pieczywie - min. 50% na pieczywie pełnoziarnistym lub razowym, każda zawierająca co najmniej 3 składniki, po jednym z niżej wymienionych grup:
 - a) ser żółty lub twarożek, lub wędlina, lub łosoś, etc.,
 - b) jajko lub pomidor, lub ogórek świeży/kiszony, etc.,
 - c) pasta lub oliwki, lub anchois, etc.;Nie dopuszcza się smarowania kanapek margaryną ani innego rodzaju tłuszczem utwardzonym.
Opakowanie kanapki musi zawierać informację na temat podstawowych składników (szynka, ser, pasta jajeczna etc.).
- 6) **Świeże owoce** (co najmniej 2 rodzaje) typu jabłka, banany, pomarańcze, gruszki – 1 szt. owocu na osobę.

2. Obiadu składającego się z niżej wymienionych opcji, z tym, że **w każdym dniu kursu od 10% do 20% zestawów obiadowych stanowić będą posiłki wegetariańskie:**

- 1) **zupa: 300 ml na osobę**

2) **danie obiadowe**, zawierające co najmniej 3 składniki, po jednym z niżej wymienionych grup:

- a) min. 250 gram: ziemniaków lub ryżu lub makaronu lub kaszy lub klusek śląskich, etc.,
- b) sztuka mięsa (min. 100 gram – bez sosu, z sosem – min. 120 gram) lub kotlet schabowy (min. 100 gram) lub ryba (z panierką min. 120 gram, bez panierki min. 100 gram) lub udko z kurczaka (min. 150 gram) lub gulasz - potrawka (min. 150 gram) lub kotlet mielony (min. 120 gram) lub kotlet sojowy (min. 150 gram) lub kotlet warzywny (min. 150 gram) lub kotlet jajeczny (min. 150 gram) lub gulasz sojowy (min. 150 gram) lub gulasz warzywny (min. 150 gram) lub potrawka z warzyw (min. 150 gram), etc.;
- c) surówka (min. 100 gram) lub warzywa gotowane (min. 150 gram), etc.;

lub inne danie obiadowe w jednej z form:

- a) makaron z sosem i z mięsem (np. carbonara, bolognese, z kurczakiem) (min. 400 g.) etc.,
- b) lasagne z sosem bolońskim i mięsem lub z warzywami lub mięsem i warzywami (min. 400 g.) etc.,
- c) ryba po grecku (min. 400 g.) etc.;
- d) risotto warzywne (min. 400 g.), etc.

3. Deser typu:

- 1) Ciasto domowe, bez kremów i polew cukrowych lub sałatka owocowa lub mus owocowy lub owoce świeże, etc. - min. 200 g/os.;
- 2) kawa – min. 250 ml/os. podana w termosach (dodatki: cukier, mleczko - bez ograniczeń);
- 3) herbata – min. 250 ml/os. podana w termosach (dodatki: cukier, cytryna - bez ograniczeń) – do wyboru różne rodzaje herbat, w tym czarna i zielona.

4. Dodatkowego serwisu kawowego składającego się z:

- 1) kawa – min. 250 ml/os. (dodatki: cukier, mleczko - bez ograniczeń);
- 2) herbata – min. 250 ml/os. (dodatki: cukier, cytryna - bez ograniczeń) – do wyboru różne rodzaje herbat, w tym czarna i zielona.

Wymienione wyżej wartości w gramach/mililitrach są wartościami minimalnymi i wyznaczają wymagane minimalne ilości posiłków/napojów dla **jednej osoby** podczas jednego dnia Kursu.



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 6 do Umowy

.....(kierownik naukowy)
.....(nazwa jednostki organizacyjnej)
.....(adres jednostki organizacyjnej)

Numer kursu:

Termin: od do

Tytuł kursu:

LISTA OBECNOŚCI

Lp .	Stopień/ Tytuł	Nazwisko, imię	Własnoręcznym podpisem - poświadczam swoją obecność na kursie: - otrzymanie bezpłatnych materiałów dydaktycznych - zapewnienie możliwości korzystania z bezpłatnego cateringu każdego dnia trwania Kursu					Zaliczenie (Tak/Nie)
			DD-MM	DD-MM	DD-MM	DD-MM	DD-MM	
1								
2								
3								
...								
A. Łączna liczba Uczestników potwierdzających obecność każdego dnia Kursu			...		...	...	...	
B. Stwierdzam obecność i zaliczenie kursu przez wyżej wymienione osób.								

*ASYSTENT KIEROWNIKA NAUKOWEGO DO SPRAW
REALIZACJI KURSÓW SPECJALIZACYJNYCH*

.....
(podpis, data)

KIEROWNIK NAUKOWY KURSU

.....
(podpis, data)



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 7 do Umowy

LISTA WYKŁADOWCÓW

.....

.....

Data *Tytuł, imię i nazwisko Kierownika*

Naukowego Kursu

.....

.....

.....

Jednostka szkoląca

.....

.....

.....

Adres jednostki szkolącej

Symbol kursu: Tytuł kursu:

Termin:

LISTA WYKŁADOWCÓW KURSU

L.p.	Tytuł Nazwisko Imię	Stanowisko	Liczba godzin		Podpis wykładowcy
			ogółem	ćwiczeń	
1.					
2.					
3.					
4.					

5.					
6.					
7.					
8.					
9.					

Liczba godzin ogółem:

*ASYSTENT KIEROWNIKA
NAUKOWEGO DO SPRAW
REALIZACJI KURSÓW
SPECJALIZACYJNYCH*

KIEROWNIK NAUKOWY KURSU

.....

.....

(podpis, data)

.....

.....

(podpis, data)



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 8 do Umowy

KWESTIONARIUSZ OCENY KURSU

**NUMER
TEMAT**

RODZAJ

SPECIALIZACYJNY

☐

DOSKONALACY

☐

PROWADZONY W KLINICE /

UWAGA dane w szarych polach wypełnia Klinika / Zakład organizujący kurs przed rozdaniem ankiet

- dane na jasnym tle wypełnia uczestnik kursu
- KWESTIONARIUSZ PROSIMY WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI
- W pozycjach 1 i 2 prosimy o zaznaczenie wyboru przez postawienie znaku X

KWESTIONARIUSZ OCENY KURSU

Szanowna Pani Doktor / Panie Doktorze:

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w związku z realizacją ustawowego obowiązku monitorowania realizacji szkolenia podyplomowego przekazuje do anonimowego wypełnienia niniejszą ankietę/kwestionariusz. Opinie uczestników kursów służą monitorowaniu i doskonaleniu jakości szkolenia specjalizacyjnego, dlatego prosimy o dokładne wypełnienie niniejszego kwestionariusza.

Skala ocen:

0 - 6

(0 – niedostateczny

6 – celujący)

1. W jakim stopniu wiedza uzyskana na kursie była użyteczna w podnoszeniu Pani / Pana **kwalifikacji** ?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

2. Jak ocenia Pani / Pan **organizację** wykładów i innych zajęć dydaktycznych prowadzonych w czasie kursu?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

3. Czy jakieś tematy lub zajęcia były **nieprzydatne**?

TA ☐ - Wymień
K ☐ jakie

NI ☐
E ☐

-
-
-

4. Czy jakieś **zagadnienia należałoby rozszerzyć** ? (dotyczy kursów doskonalących)

-
-
-

5. Uwagi do prowadzących (do Asystenta kierownika naukowego ds. realizacji kursów specjalizacyjnych, Kierownika Naukowego, Wykładowców)

.....
.....
.....
.....
.....

6. Inne uwagi i sugestie:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. Ocena wykładowców lub innych osób prowadzących zajęcia:

L.p.	Nazwisko i imię wykładowcy prowadzącego zajęcia (bez tytułów naukowych oraz drukowanymi literami)	liczba godzin	możliwość zadawania pytań dla		wartość merytoryczna prezentacji	sposób prezentacji	punktualność
			TAK	NIE			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

Dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza !



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 9 do Umowy

**ZASADY STOSOWANIA, WYPEŁNIANIA ORAZ PRZEKAZYWANIA DO CMKP
KWESTIONARIUSZA OCENY KURSU**

**Zasady stosowania, wypełniania oraz przekazywania do Centrum Medycznego
Kształcenia Podyplomowego Kwestionariusza Oceny Kursu**

1. Kwestionariusz Oceny Kursu – zwany dalej Kwestionariuszem, zawiera następujące dane: numer kursu, temat kursu, rodzaj kursu, miejsce prowadzenia kursu, datę kursu.
2. Kwestionariusz jest anonimowy.
3. Formularz Kwestionariusza udostępniany został:

- a) na stronie internetowej - <http://generator.cmkp.edu.pl> (po wpisaniu odpowiedniego numeru kursu uzyskuje się formularz zawierający dane dla konkretnego kursu, wyszczególnione w ust. 1),
 - b) w aplikacji „Dziekanat CMKP” (pobranie formularza z aplikacji „Dziekanat CMKP” dotyczy tylko jednostek CMKP, które posiadają dostęp do tego systemu),
 - c) na stronie internetowej CMKP www.cmkp.edu.pl, w zakładce Kształcenie Podyplomowe/Studia Specjalizacyjne dla lekarzy i lekarzy dentyistów/Kwestionariusz Oceny Kursu w formacie MS Word (plik edytowalny).
4. Organizator kursu lub kierownik administracyjny kursu:
 - a) uzupełnia Kwestionariusz o następujące dane:
 - NAZWISKO i IMIĘ WYKŁADOWCY
 - LICZBA GODZIN WYKŁADOWYCH,
 - b) wybiera odpowiedni nagłówek Kwestionariusza właściwy dla danego kursu,
 - c) pobiera uzupełniony Kwestionariusz w formacie PDF.
 5. Organizator kursu lub kierownik administracyjny kursu rozdaje uczestnikom kursu Kwestionariusze i dokłada wszelkich starań, aby Kwestionariusze zostały wypełnione przez uczestników kursu.
 6. Organizator kursu zbiera Kwestionariusze po zakończeniu kursu oraz dokonuje ich weryfikacji czy zostały one wypełnione przez uczestników.
 7. Organizator kursu lub kierownik administracyjny kursu przesyła pocztą, na wskazany w ust. 8 adres lub dostarcza do Zespołu ds. Analiz, oryginały Kwestionariuszy, wypełnionych przez uczestników kursu, w terminie 7 dni od zakończenia kursu.
 8. Adres dostarczenia oryginałów Kwestionariuszy – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Zespół ds. Analiz, ul. Marymoncka 99/103, 01-813 Warszawa. Koperta powinna zawierać dopisek: „Kwestionariusze Oceny Kursu” oraz numer kursu.
 9. Zespół ds. Analiz CMKP odpowiada za przeprowadzenie analizy zebranych Kwestionariuszy oraz za sporządzenie zbiorczego rocznego raportu, zawierającego informację zwrotną dla kierowników jednostek CMKP prowadzących kursy, Dyrektora CMKP oraz kierowników jednostek zewnętrznych organizujących kursy.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie
realizator projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój pn.

„Rozwój kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju”

POWR.05.04.00-00-0001/15

Cel główny Projektu:

Wsparcie 5 700 lekarzy specjalizujących się w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, z których 4 845 ukończy pełen cykl kursów specjalizacyjnych. Dzięki temu wzrośnie liczba specjalistów i poprawi się dostępność do specjalistycznych świadczeń medycznych.

Dziedziny objęte projektem:

Hematologia	Geriatra
Patomorfologia	Reumatologia
Onkologia kliniczna	Medycyna rodzinna
Medycyna paliatywna	Medycyna ratunkowa
Chirurgia onkologiczna	Rehabilitacja medyczna
Radioterapia onkologiczna	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu

Budżet projektu:

98 928 087,02 zł, w tym dofinansowanie ze środków Unii Europejskiej: 83

376 591,74 zł

Okres realizacji projektu:

01.08.2015 – 30.06 2023

KONTAKT

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
ul. Marymoncka 99/103
01-813 Warszawa
tel. 22 56 93 700

<http://www.cmkp.edu.pl/projektu-ue/projekt-power1/>



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



UPOWAŻNIENIE Nr _____
DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Z dniem [dd-mm-rrrr], na podstawie art. 37 w związku
z art. 31 ustawy
z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922),
upoważniam

.....
....[imię i nazwisko] do przetwarzania danych osobowych w zbiorze Program
Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój, w zakresie następujących danych: imię
i nazwisko oraz stopień/tytuł naukowy uczestników kursów specjalizacyjnych
realizowanych na potrzeby projektu pn.: „Rozwój kształcenia specjalizacyjnego
lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-
demograficznych kraju” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków
Europejskiego Funduszu Społecznego.

Upoważnienie obejmuje wykonywanie następujących operacji na danych osobowych:

- 1) wydrukowanie listy obecności uczestników kursu oraz listy do potwierdzenia
dostępności cateringu i odbioru materiałów dydaktycznych zawierających
wyłącznie stopień/tytuł naukowy oraz imię i nazwisko zakwalifikowanych
osób;
- 2) zbieranie każdego dnia kursu podpisów uczestników potwierdzających udział
w kursie i potwierdzających dostępność cateringu i odbiór materiałów
dydaktycznych na liście obecności uczestników kursu oraz liście do
potwierdzenia dostępności cateringu i odbioru materiałów dydaktycznych;
- 3) potwierdzanie zgodności list, o których mowa w pkt 2, ze stanem faktycznym;
- 4) przekazywanie CMKP oryginału list, o których mowa w pkt 2;
- 5) sporządzanie kopii list, o których mowa w pkt 2, oraz ich archiwizacja wraz z
dokumentami potwierdzającymi realizację kursu;
- 6) zniszczenie dokumentów, o których mowa w pkt 5, po upływie okresu ich
przechowywania.

Upoważnienie wygasa z chwilą ustania Pana/Pani* zatrudnienia w:
..... [nazwa i pełen adres Wykonawcy] lub z
chwilą jego odwołania.

.....
Czytelny podpis osoby upoważnionej do działania w imieniu Wykonawcy

Upoważnienie
otrzymałem

(miejscowość, data, podpis)

Oświadczam, że zapoznałem/am się z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, w tym z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922), a także z obowiązującymi w [nazwa Wykonawcy] Polityką bezpieczeństwa ochrony danych osobowych oraz Instrukcją zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych i zobowiązuje się do przestrzegania zasad przetwarzania danych osobowych określonych w tych dokumentach.

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych, z którymi zapoznałem/am się oraz sposobów ich zabezpieczania, zarówno w okresie zatrudnienia w [nazwa Wykonawcy] / wykonywania zadań na podstawie stosunku cywilnoprawnego*, jak też po jego ustaniu/po zrealizowaniu zadań wykonywanych na podstawie stosunku cywilnoprawnego*.

składającej oświadczenie

*niepotrzebne skreślić

Czytelny podpis osoby



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



**ODWOŁANIE UPOWAŻNIENIA Nr .../....
DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Z dniem[dd-mm-rrrr] na podstawie art. 37 w związku z art. 31 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922), odwołuję upoważnienie Pana /Pani*[imię i nazwisko] do przetwarzania danych osobowych w zbiorze Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój, w zakresie następujących danych: imię i nazwisko oraz stopień/tytuł naukowy uczestników kursów specjalizacyjnych realizowanych na potrzeby projektu pn.: „Rozwój kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, wydane w dniu

.....

.....

Czytelny podpis osoby, upoważnionej do wydawania i odwoływania upoważnień

.....

.....

(miejscowość, data)

*niepotrzebne skreślić



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



**OŚWIADCZENIE O CZYNNOŚCIACH W ZAKRESIE REALIZACJI
ZAMÓWIENIA WYKONYWANYCH NA PODSTAWIE UMOWY O PRACĘ**

Nr części	Czynność w zakresie realizacji zamówienia (zgodnie z § 10 ust. 1 umowy)	Imię i nazwisko osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę do wykonywania danej czynności	Rodzaj umowy o pracę	Wymiar etatu	Podmiot zatrudniający (wskazać Wykonawcę lub firmę podwykonawcy)

Oświadczam, że wskazane powyżej czynności niezbędne do realizacji zamówienia, którego przedmiotem jest usługa edukacyjna polegająca na realizacji w 2018 roku kursów specjalizacyjnych dla lekarzy uczestniczących w projekcie pn.: „Rozwój kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju” współfinansowanym przez Unię Europejską, ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (**znak sprawy: ZP-...../18**), są wykonywane przez osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 108, z późn. zm.) przez Wykonawcę (lub podwykonawcę, jeżeli dany zakres zamówienia powierzono do wykonania podwykonawcy).

.....

podpis Wykonawcy

Data i