Ogłoszenie o naborze uzupełniającym do udziału w konferencji

o tematyce symulacyjnej SESAM 2017

Zasady i kryteria naboru do udziału w Konferencji o tematyce symulacyjnej, która odbędzie się w Paryżu - Francja od 14 do 16 czerwca 2017 r.

Koszty udziału w Konferencji są pokrywane ze środków projektu „Centrum Symulacji Medycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach – odpowiedzią na potrzeby współczesnej edukacji medycznej” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER).

Numer umowy o dofinansowanie: POWER.05.03.00-00-0003/15-00 z dnia 04.03.2016 r.

Uczestnicy (grupa docelowa) – Pracownicy Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (SUM) zaangażowani w organizowanie/prowadzenie zajęć dla studentów z wykorzystaniem metod symulacji medycznej.

SUM pokrywa ze środków projektu „Centrum Symulacji Medycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach – odpowiedzią na potrzeby współczesnej edukacji medycznej” koszty delegacji w tym: diet, noclegów, podróży oraz opłat konferencyjnych zgodnie z zasadami określonymi w Zarządzeniu Nr 54/2013 z dnia 26.04.2013 r. z późn. zm. Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach w sprawie: wprowadzenia w życie zasad udzielania i rozliczania podróży służbowej.

1. Ilość miejsc jest limitowana: 4
2. Szczegółowe informacje nt. konferencji dostępne są na stronie SESAM - <https://www.sesam-web.org/events/event/sesam-paris-2017/>

Zakwalifikowany Pracownik ma prawo jedynie do usprawiedliwionej nieobecności na konferencji zgodnie z zasadami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 15.05.1996 r. z poźn. zm. (Dz.U. z 2014 r. poz. 1632) w sprawie sposobu usprawiedliwiania nieobecności w pracy oraz udzielania Pracownikom zwolnień od pracy oraz regulaminie pracy SUM.

W przypadku, gdy Pracownik nie weźmie udziału w konferencji lub przerwie swoje uczestnictwo bez obiektywnie uzasadnionych przyczyn, jest zobowiązany zwrócić Śląskiemu Uniwersytetowi Medycznemu w Katowicach (Pracodawcy) poniesione przez Pracodawcę koszty delegacji, o których mowa powyżej. Zwrot kosztów udziału w konferencji nastąpi w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez Pracownika wezwania do zapłaty gotówką w siedzibie pracodawcy lub przelewem na rachunek bankowy wskazany pisemnie przez pracodawcę.

W przypadku nieusprawiedliwionej nieobecności Pracownik traci możliwość udziału w konferencjach organizowanych w ramach niniejszego projektu.

1. O dopuszczenie do postępowania kwalifikacyjnego do udziału w konferencji może ubiegać się Pracownik Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach zaangażowany w organizowanie/prowadzenie zajęć dla studentów z wykorzystaniem metod symulacji medycznej, wykształceniem wyższym, deklaracją do gotowości do udziału w wybranym warsztacie konferencyjnym oraz który poprawnie wypełnił formularz zgłoszeniowy.
2. Warunkiem wzięcia udziału w postępowaniu kwalifikacyjnym jest złożenie formularza zgłoszeniowego w formie elektronicznej na adres: [biuro.cdism@sum.edu.pl](mailto:biuro.cdism@sum.edu.pl) do dnia 01.06.2017 r. do godz. 14.00, stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszego ogłoszenia, zaopiniowanego przez bezpośredniego przełożonego.
3. Formularze zgłoszeniowe będą zamieszczane na stronie internetowej www.cdism.sum.edu.pl w zakładce projektu „Centrum Symulacji Medycznej – odpowiedzią na potrzeby współczesnej edukacji medycznej” - szkolenia i konferencje.
4. O kolejności umieszczenia na liście rankingowej decydować będzie spełnienie następujących kryteriów:
5. Kryteria formalne: kompletność dokumentacji, terminowość złożenia formularza zgłoszeniowego.
6. Kryteria merytoryczne: doświadczenie, wykształcenie.
7. Suma punktów uzyskanych za spełnienie kryteriów merytorycznych. W przypadku uzyskania takiej samej ilości punktów o kolejności decyduje kolejność złożenia formularza zgłoszeniowego.
8. Do obliczenia sumy punktów, o której mowa powyżej stosuje się następujące zasady punktacji:

|  |  |
| --- | --- |
| Doświadczenie w organizowaniu/prowadzeniu zajęć ze studentami z wykorzystaniem metod symulacji medycznej (w pełnych latach akademickich) | Przyznane punkty: |
| poniżej 1 rok | 0 |
| 1-2 | 10 |
| 3-4 | 20 |
| powyżej 4 | 30 |

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie | Przyznane punkty: |
| mgr/lek. | 10 |
| dr i powyżej | 20 |

1. W przypadku niespełnienia kryteriów, o których mowa powyżej lub niezgodności  
   z głównym celem projektu, formularz podlega odrzuceniu.
2. Rekrutacja odbywać się będzie z uwzględnieniem zasad równego dostępu kobiet  
   i mężczyzn oraz z uwzględnieniem zasad niedyskryminacji.
3. W przypadku zgłoszenia się większej liczby kandydatów niż przewidziana ilość miejsc,   
   o ostatecznym wyniku postępowania kwalifikacyjnego decyduje Prorektor ds. Klinicznych, który może wezwać kandydatów na rozmowę kwalifikacyjną.
4. Wyniki postępowania kwalifikacyjnego są jawne i będą zamieszczane na stronie internetowej [www.cdism.sum.edu.pl](http://www.cdism.sum.edu.pl) w zakładce projektu „Centrum Symulacji Medycznej – odpowiedzią na potrzeby współczesnej edukacji medycznej” - szkolenia i konferencje i zawierać będą następujące informacje:
5. kod pracownika,
6. liczba punktów,
7. wynik kwalifikacji.
8. Pracownicy zostaną powiadomieni o fakcie zakwalifikowania w formie elektronicznej na adres podany w formularzu zgłoszeniowym.
9. Kandydaci, którzy nie zostali zakwalifikowani do szkolenia z powodu wyczerpania limitu miejsc stanowią grupę rezerwową. W przypadku skreślenia kandydata z puli zakwalifikowanych   
   i zwolnienia miejsca na liście rankingowej, osoby z listy rezerwowej mogą zostać zakwalifikowane do udziału zgodnie z kolejnością umieszczenia na liście rankingowej.

Załącznik nr 1 do ogłoszenia

ŚLĄSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY W KATOWICACH

UL. PONIATOWSKIEGO 15

40-055 KATOWICE

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY ⃰

DLA PRACOWNKÓW SUM DO UDZIAŁU W KONFERENCJI SYMULACYJNEJ

W RAMACH PROJEKTU *„Centrum Symulacji Medycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach – odpowiedzią na potrzeby współczesnej edukacji medycznej”*

1. Stopień/ tytuł, imię i nazwisko kandydata:

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

1. Telefon:

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

1. E-mail:

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

1. Miejsce zatrudnienia (nazwa Jednostki organizacyjnej SUM, adres, telefon):

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

1. Doświadczenie w organizowaniu/prowadzeniu zajęć ze studentami z wykorzystaniem metod symulacji medycznej (w pełnych latach akademickich):

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

1. Kierunek/ki, na którym/ch kandydat/ka organizuje/prowadzi zajęcia ze studentami z wykorzystaniem metod symulacji medycznej:

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

…………………………………………. ………………………………..

Pieczęć i podpis bezpośredniego Podpis kandydata\*

przełożonego kandydata

\*Podpisanie niniejszego formularza oznacza akceptację zasad określonych w ogłoszeniu.

………………………………………………………………….

Potwierdzenie dostarczenia formularza do CDiSM

(data, godzina, podpis osoby przyjmującej)

Decyzja odnośnie udziału w konferencji:

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

Imię i nazwisko kandydata:

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

Miejsce uzyskane na liście rankingowej:

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

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

miejscowość i data podpis Prorektora ds. Klinicznych