*Załącznik nr 5b do Regulaminu*

**KARTA WYBORU FORMY WSPARCIA**

**Zadanie 4 - Certyfikowane szkolenia prowadzące do uzyskania kwalifikacji oraz zajęcia warsztatowe kształcące kompetencje studentów UŚ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko Uczestnika/czki:** |  |
| **Kierunek i stopień studiów:** |  |
| **Semestr studiów:** |  |

# **DODATKOWE ZASADY REKRUTACJI:**

1. Proszę wybrać maksymalnie 8 szkoleń którymi są Państwo najbardziej zainteresowani.
2. **Prosimy o uporządkowanie planowanych szkoleń w kolejności od 1 do maksymalnie 8, gdzie:**
* **1** oznacza zajęcia, którymi są Państwo **najbardziej** zainteresowani,
* **8** oznacza zajęcia, którymi są Państwo **najmniej** zainteresowani.
* Jeżeli nie są Państwo zainteresowani jakimś szkoleniem proszę wpisać w kolumnie waga: **—.**
1. Przyporządkowaną do szkolenia cyfrę należy wpisać w polu „Waga”. Każdą wagę można wpisać TYLKO JEDEN raz!
2. Limit miejsc w każdym szkoleniu wynosi 10 osób.
3. W przypadku braku odpowiedniej liczby chętnych na poszczególne szkolenia, po pierwszym terminie rekrutacji, będzie uruchomiana dodatkowa rekrutacja na podstawie kolejności zgłoszeń, do momentu wyczerpania limitu miejsc.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Szkolenie certyfikowane** | **Waga****(1-8)** |
| 1 | MODUŁ I "SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ WG ISO 9001" – 72 h/grupę  |  |
| 2 | MODUŁ II "SYSTEM ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO wg ISO 14001" – 64 h/grupę  |  |
| 3 | MODUŁ III "SYSTEM ZARZĄDZANIA BEZPIECZEŃSTWEM I HIGIENĄ PRACY wg PN-N ISO 45001" – 64 h/grupę  |  |
| 4 | MODUŁ IV "ZINTEGROWANE SYSTEMY ZARZĄDZANIA” – 80 h/grupę |  |
| 5 | MODUŁ V "WYROBY MEDYCZNE-SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ WYTWÓRCÓW WYROBÓW MEDYCZNYCH WG NORMY ISO 13485" – 64 h/grupę  |  |
| 6 | MODUŁ VI " BRANŻA KOSMETYCZNA - GMP / ISO 22716" – 128 h/grupę  |  |
| 7 | MODUŁ VII: SYSTEM ZARZĄDZANIA LABORATORIUM WG NORMY PN-EN ISO / IEC 17025" – 88 h/grupę  |  |
| 8 | MODUŁ VIII – PRAKTYCZNE ASPEKTY NADZORU NAD PRODUKTAMI LECZNICZYMI I DOKUMENTACJĄ – 24 h/grupę  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
|  *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* |  *PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU* |