Rekrutacja dodatkowa

**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:** |  |

Prosimy o uporządkowanie planowanych zajęć w kolejności od 1 do 7, gdzie:

* **1** oznacza zajęcia, którymi są Państwo najmniej zainteresowani,
* **7** oznacza zajęcia, którymi są Państwo najbardziej zainteresowani.

Każdą wagę można wpisać TYLKO JEDEN raz!

Limit miejsc w każdym szkoleniu wynosi 10 osób

Odpowiednią ocenę należy wpisać w polu „Waga”.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Szkolenie certyfikowane** | **Waga****(1-7)** |
| 1 | MODUŁ I "SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ WG ISO 9001" |  |
| 2 | MODUŁ II "SYSTEM ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKOWEGO wg ISO 14001" |  |
| 3 | MODUŁ III "SYSTEM ZARZĄDZANIA BEZPIECZEŃSTWEM I HIGIENĄ PRACY wg ISO 45001" |  |
| 4 | MODUŁ IV "ZINTEGROWANE SYSTEMY ZARZĄDZANIA” |  |
| 5 | MODUŁ V "WYROBY MEDYCZNE-SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ WYTWÓRCÓW WYROBÓW MEDYCZNYCH WG NORMY ISO 13485" |  |
| 6 | MODUŁ VI " BRANŻA KOSMETYCZNA - GMP / ISO 22716" |  |
| 7 | MODUŁ VII "SYSTEM ZARZĄDZANIA LABORATORIUM WG NORMY PN-EN ISO / IEC 17025" |  |

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