Dyrektor
Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie
ogłasza

REKRUTACJĘ
na stanowisko terapeuty zajęciowego w Dziennym Domu Opieki Medycznej w Lublinie
w wymiarze pół etatu
w Instytucie Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki

I. **Nazwa i adres jednostki organizacyjnej**
– Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki ul. Jaczewskiego 2, 20 – 090 Lublin

II. **Nazwa stanowiska pracy** – terapeuta zajęciowy

III. **Główne zadania na stanowisku:**
- Planowanie miesięcznych zajęć grupowych z uczestnikami;
- Przygotowanie planów indywidualnego wsparcia uwzględniającego potrzeby uczestników;
- Prowadzenie zajęć grupowych, rozmów indywidualnych treningów umiejętności życiowych dostosowanych do indywidualnych możliwości uczestników;
- Inicjowanie działań integrujących uczestników
- Podejmowanie działań zmierzających do rozwoju różnych form zajęć;
- Sprawowanie bezpośredniej opieki i czuwanie nad bezpieczeństwem uczestników;
- Współpraca z wielodyscyplinarnym zespołem terapeutycznym przy ustalaniu indywidualnego wsparcia
- Dbanie o należyty stan urządzeń i sprzętu znajdującego się w DDOM oraz ład i porządek w miejscu pracy;
- Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów międzyludzkich;
- udzielanie wsparcia emocjonalnego pacjentom oraz jej rodzinie;
- przestrzeganie przepisów sanitarno - epidemiologicznych podczas wykonywania zadań zawodowych;
- popularyzowanie zachowań prozdrowotnych;
- przestrzeganie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, ochrony przeciwpożarowej oraz ochrony środowiska;
- organizowanie stanowiska pracy zgodnie z wymaganiami ergonomii;
- przestrzeganie przepisów Kodeksu Pracy dotyczących praw i obowiązków pracownika i pracodawcy oraz warunków pracy;
- przestrzeganie przepisów prawa dotyczących wykonywanych zadań zawodowych;
- postępowanie zgodnie z zasadami etyki;
- korzystanie z różnych źródeł informacji.

IV. **Wymagania stawiane kandydatowi:**

1. Wykształcenie: osoba która:
   a) Ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności terapia zajęciowa, obejmujące co najmniej 3000 godzin kształcenia, w tym 2000 godzin w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmujących wiedze z zakresu teorii i technik terapeutycznych i uzyskała tytuł licencjata,
   b) Ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy terapeuty zajęciowego lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie terapeuty zajęciowego lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie terapeuty zajęciowego,
   c) Ukończyła przed dniem wejścia w życie rozporządzenia szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy w zawodzie instruktor terapii zajęciowej,
   d) Ukończyła przed dniem 1 października 2011 r. studia wyższe o specjalności terapia zajęciowa obejmujące c najmniej 1665 godzin kształcenia przygotowującego do zawodu terapeuty zajęciowego i uzyskała tytuł licencjata,
   e) Rozpoczęła po dniu 30 sierpnia 2012 r. studia wyższe w zakresie terapii zajęciowej, obejmujące co najmniej 2000 godzin w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmujących wiedzę z zakresu teorii i technik terapeutycznych i uzyskała co najmniej tytuł licencjata.
   f) Ukończyła studia podyplomowe w zakresie terapia zajęciowa obejmujące co najmniej 500 godzin kształcenia i posiada odpowiednie doświadczenie zawodowe w zawodzie terapeuty zajęciowego.
2. Obywatelstwo polskie.
3. Komunikatywność i umiejętność nawiązywania kontaktów interpersonalnych.
4. Elastyczność i otwartość na zmiany.
5. Doświadczenie w pracy z osobami starszymi.

6. Umiejętność organizacji pracy własnej, samodzielność, sumienność.
7. Umiejętność pracy w zespole.
8. Życzliwe podejście do pacjenta, cierpliwość.
9. Zdolność do ustawicznego uczenia się.

V. Wykaz wymaganych dokumentów:

1. Curriculum vitae
2. Poświadczone za zgodność kopie odpowiednich dokumentów potwierdzających posiadane wykształcenie

Weryfikacja spełnienia powyższych wymagań będzie przeprowadzona na podstawie kopii dokumentów potwierdzających wykształcenie, CV oraz oświadczenia potwierdzającego spełnienie wymagań.

VI. Termin realizacji przedmiotu umowy:

a) Termin realizacji przedmiotu od 01.12.2016 do 31.05.2018 r.
Zamawiający zastrzega sobie prawo zmiany terminów wykonania usługi. O zmianie terminów Zamawiający poinformuje Wykonawcę najpóźniej na 14 dni przed planowanymi terminami realizacji zamówienia.

VII. Termin i miejsce złożenia dokumentów

Termin złożenia oferty upływa w dniu 16.11.2016 r. do godz. 12.00
Oferty które wpłyną po wskazanym terminie nie będą rozpatrywane
Oferty winny być wniesione na piśmie (pocztą, kurierem lub osobiście na adres:
Instytut Medycyny Wsi im. W. Chodźki
ul. Jaczewskiego 2
20-090 Lublin

VIII. Przesłanki do wykluczenia kandydata:

Z procedury konkursowej wykluczony zostanie kandydat który powiązany jest osobowo z Instytutem. Przez powiązanie osobowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy Instytutem a osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Instytutu lub osobami wykonującymi w imieniu Instytutu czynności związanych z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury konkursowej, a kandydatem polegające w szczególności na pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa do drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.
Celem wykazania że kandydat nie podlega wykluczeniu z procedury konkursowej Zamawiający żąda, aby Wykonawca złożył w załączeniu do oferty oświadczenie iż nie podlega on wykluczeniu. (Załącznik nr 3)

IX. Kryteria oceny kandydatów:

Przy wyborze kandydata Instytut kierował się będzie następującymi kryteriami:

A) Wiedza i doświadczenie (rozmowa kwalifikacyjna) – 100 %
W ramach kryterium „wiedza i doświadczenie (rozmowa kwalifikacyjna)" Instytut przyzna punkty na podstawie przeprowadzonej rozmowy kwalifikacyjnej, w trakcie której zostaną ocenione elementy zgodnie z Załącznikiem nr 4 do niniejszego konkursu
Przeprowadzenie rozmów kwalifikacyjnych odbędzie się w dniach 17 listopada 2016 r.
Maksymalna liczba punktów uzyskana w rozmowie kwalifikacyjnej 100 pkt.

X. Informacje dodatkowe:

1) Z kandydatem którego oferta zostanie wybrana zostanie podpisana umowa w miejscu i na warunkach określonych przez Instytut.
2) Jeżeli kandydat którego oferta została wybrana, uchyli się od zawarcia umowy, Instytut ma prawo wybrać najkorzystniejszą ofertę spośród pozostałych ofert z zastrzeżeniem nie przekroczenia wysokości środków zaplanowanych w budżecie projektu na realizację niniejszego działania.
3) Dokonanie zmian postanowień umowy, która będzie podpisana z Kandydatem, w stosunku do treści oferty na podstawie której dokonano wyboru tego Kandydata będzie możliwa po uzyskaniu zgody drugiej strony umowy i tylko w zakresie zgodnym z prawem i wytycznymi.
4) Instytut może unieważnić postępowanie konkursowe na każdym jego etapie, jeżeli:
   a) okaże się, że posiadane przez niego środki nie wystarczą, aby sfinansować realizację umowy,
   b) postępowanie konkursowe posiada wadę prawną, której wystąpienie powodowałoby negatywne skutki dla Instytutu, w tym konieczność zwrotu przekazanych Instytutowi środków publicznych
   c) na skutek niemożliwej do przewidzenia w chwili ogłoszenia postępowania konkursowego okoliczności realizacja umowy nie leży w interesie Instytutu.
   d) Ponadto Instytut może unieważnić postępowanie konkursowe bez podania przyczyn unieważnienia.

XI. Zainteresowani wzięciem udziału w postępowaniu konkursowym kandydaci zobowiązani są złożyć ofertę na którą składają się:

1) Zgłoszenie do postępowania konkursowego i kwestionariusz osobowy stanowiący załącznik nr 1 do postępowania konkursowego,
2) Oświadczenie kandydata, zgodę ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do postępowania konkursowego oraz kopie dokumentów potwierdzających spełnienie wymagań określonych w pkt. II ppkt. 2 postępowania konkursowego.
3) Oświadczenie o braku powiązania osobowego stanowiące załącznik nr 3.

Dyrektor IMW

Dyrektor
Instytutu Medycyny Wsi
Iwona Bojar

Prof. nzw. dr hab. n. med. Iwona Bojar

Załącznik nr 1

Kwestionariusz osobowy

1. Imię (imiona) i nazwisko .....
   a. nazwisko rodowe .....
   b. imiona rodziców .....
   c. nazwisko rodowe matki.....

2. Data i miejsce urodzenia	3. Obywatelstwo

4. Numer ewidencyjny (PESEL)	5. Numer identyfikacji podatkowej (NIP)

6. Miejsce zameldowania .....
(dokładny adres)

.....
(adres do korespondencji) (telefon)

7. Wykształcenie .....
- nazwa szkoły i rok ukończenia.....

Zawód	Specjalność	Stopień	Tytuł zawodowy - naukowy

8. Wykształcenie uzupełniające, podać datę ukończenia lub rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania

Kursy	Studia podyplomowe

9. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia (i okresy pobierania zasiłku dla bezrobotnych)

okres		Nazwa i adres pracodawcy	Stanowisko
od	do		

10. Dodatkowe uprawienia, umiejętności, zainteresowania

Znajomość języków obcych

Prawo jazdy, obsługa komputera, inne umiejętności

11. Stan rodzinny (imiona i nazwiska oraz daty urodzenia dzieci

1).....	4) .....
2)	5) .....
3)	6) .....

12. Powszechny obowiązek obronny:

a) stosunek do powszechnego obowiązku obrony.....

b) stopień wojskowy.....numer specjalności wojskowej.....

c) przynależność ewidencyjna do WKU.....

d) numer książeczki wojskowej.....

e) przydział mobilizacyjny do sił zbrojnych RP.....

13. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku.....

.....

(imię i nazwisko, adres, telefon)

14. Oświadczam, że dane zawarte w pkt. 1, 2, 4 i 6 są zgodne z dowodem osobistym seria.....

Nr.....wydanym przez.....

w ....albo innym dowodem tożsamości

data wydania dowodu osobistego

....

(miejscowość i data) (podpis osoby składającej kwestionariusz)

15. Stosownie do art. 12 ust. 4 ustawy z dnia 14 grudnia 1994 r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu (Dz. U. nr 25 z 1997 r. , poz. 970) oświadczam, że:
- nie pozostaję w rejestrze bezrobotnych*
- pozostaję w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Rejonowy Urząd Pracy w .....

.....od dnia.....z prawem*bez prawa*do zasiłku dla bezrobotnych*.

....

(miejscowość i data) (podpis osoby składającej kwestionariusz)

*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WYMAGAŃ

Imię i nazwisko: .....
Adres: .....
Telefon kontaktowy: .....
Adres e-mail: .....

Ja niżej podpisana/podpisany* legitymująca/legitymujący* się dowodem osobistym seria ..... nr ..... wydanym przez .....
oświadczam, że:

1. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z pełni praw publicznych.
2. Posiadam obywatelstwo polskie.
3. Byłam/byłem* nie byłam/nie byłem* skazana/skazany* prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb niezbędnych dla realizacji niniejszego procesu rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. nr 101, poz.926 z późń. zm.).
5. Jestem zaangażowany/a / nie jestem zaangażowany/a* zawodowo w realizację innych projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i FS oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Zamawiającego i innych podmiotów.
6. Łączny czas zaangażowania we wszystkich projektach finansowanych z funduszy strukturalnych i FS oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Zamawiającego i innych podmiotów nie przekracza 276 godzin miesięcznie.

*niepotrzebne skreślić

....
data, miejscowość podpis Kandydata

Załącznik nr 3

OŚWIADCZENIE O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA

Imię i nazwisko: .....
Adres: .....
Telefon kontaktowy: .....
Adres e-mail: .....

Oświadczam, że nie jestem powiązany osobowo z Instytutu, gdzie za powiązanie osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Instytutu lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Instytutu lub osobami wykonującymi w imieniu Instytutu czynności związanych z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Kandydata a Kandydatem, polegające na:

a) pełnieniu funkcji dyrektora lub jego zastępcy, pełnomocnika,
b) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

....
data, miejscowość podpis Kandydata

Załącznik nr 4

l.p.	Nazwa kryterium	Opis kryterium	Skala przyznania punktów	Maksymalna liczba punktów	Ocena uzyskana
1.	Jakość usług terapeutycznych	Kryterium będzie oceniane na podstawie posiadanego wykształcenia, ukończonych specjalistycznych kursów zawodowych poświadczonych certyfikatem/ zaświadczeniem oraz referencji.	- 25 pkt –. studia wyższe na kierunku lub w specjalności terapia zajęciowa - 15 pkt. – szkoła policealna publiczna lub niepubliczna o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy terapeuty zajęciowego lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie terapeuty zajęciowego lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie terapeuty zajęciowego - 5 pkt - za każdy posiadany certyfikat/ zaświadczenie o ukończonych kursach zawodowych, list referencyjny przy czym maksymalna ilość punktów jaką można uzyskać za ukończone specjalistyczne kursy zawodowe, referencje wynosi 25.	50	
2.	Umiejętności zawodowe/ umiejętności praktyczne	Oceniana będzie na podstawie zakresu wykonywanych czynności zawodowych (m.in. liczbą osób chorych/niesamodzielnych objętych opieką) oraz długości stażu pracy	- 5 pkt – co najmniej 6 miesięcy pracy jako terapeuta zajęciowy - 10 pkt – od 6 do 12 miesięcy pracy jako terapeuta zajęciowy - 25 pkt – powyżej 12 miesięcy pracy jako terapeuta zajęciowy - 5 pkt – do 20 osób chorych/niesamodzielnych objętych opieką - 10 pkt – od 21 do 70 osób chorych/niesamodzielnych objętych opieką - 25 pkt – powyżej 71 osób chorych/niesamodzielnych objętych opieką	50	