**Анкета для подачі заявки від пілотного закладу щодо підтримки активності/події/заходу**

**україно-швейцарським проєктом «Розвиток медичної освіти»**

**Інструкція:** Просимо вас уважно заповнити форму, надавши відповіді на **усі** запитання. До розгляду приймаються лише повністю заповнені анкети. Відповіді ви можете вносити в білі поля навпроти відповідних запитань. Уся надана інформація збирається виключно для потреб проєкту для напрацювання рішення про підтримку/не підтримку активності. Вказана вами інформація в цій формі не буде поширюватися серед третіх осіб.

**Важливо!**

* Цю анкету потрібно заповнювати тільки у разі, якщо активності/події/заходу немає в планах активностей проєкту.
* Усі заявки приймаються тільки від координаторів проєкту в закладі.
* Термін розгляду заявки 1-3 місяці.
* Заявки розглядаються комітетом у складі лідера проєкту Мартіна Рааба, керівниці проєктного офісу Тетяни Черниш, координаторки з медичної освіти Олени Ігнащук і координаторів відповідних напрямків (в залежності від тематики активності/події/заходу).
* Лист з рішенням проєкту про підтримку/не підтримку активності/події/заходу буде надісланий на електронну адресу координатора проєкту від закладу.
* Термінові заявки (наприклад, про подію, що відбудеться за тиждень-два) не розглядатимуться.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Назва закладу |  | | | |
| 1. Назва пропонованої для підтримки проєкту активності/події/заходу |  | | | |
| 1. Опишіть актуальність пропонованої активності/події/заходу |  | | | |
| 1. Ціль пропонованої активності/події/заходу та Очікувані результати |  | | | |
| 1. Цільова аудиторія пропонованої активності/події/заходу |  | | | |
| 1. Очікувана тематика активності/події/заходу, а також підтеми |  | | | |
| 1. Чи очікується, що ця активність/подія/захід допоможе вирішити певні проблеми. Які саме? |  | | | |
| 1. Скільки фахівців/студентів/освітян (і з якої кількості закладів) може взяти участь у пропонованій активності/події/заході? |  | | | |
| 1. Пізніше ми будемо просити надати інформацію про тих фахівців, які братимуть участь у активності/події/заході, за таким форматом: | | | | |
| ПІП | Посада | е-мейл | телефон | нотатки |
| 1. Принципи відбору учасників |  | | | |
| 1. Очікувані дати активності/події/заходу |  | | | |
| 1. Якої саме підтримки очікуєте від проєкту "Розвиток медичної освіти"? |  | | | |
| 1. Внесок вашого закладу (фінансовий чи нефінансовий)? |  | | | |
| 1. Чи проводились в вашому закладі схожі/аналогічні активності/події/заходи раніше? Якщо так, то які саме і на які теми (також просимо вказати дати, здобуті результати, посилання на подію на сайті чи медіаресурсах) і за чиєї підтримки (тільки зусиллями закладу за підтримки інших проєктів/фондів, за підтримки фармацевтичних фірм, тощо)? |  | | | |
| 1. Чи є у закладі безпечне приміщення для проведення активності/події/заходу? Особливості приміщення (наявність вбиральні, місцерозташування, наявність обладнання тощо) |  | | | |
| 1. Стратегія забезпечення сталості ініціативи/ подальшого поширення |  | | | |
| 1. Які наступні кроки заплановані після проведення активності/події/заходу? |  | | | |
| 1. Чи готовий заклад надавати проєкту інформацію про зворотний зв’язок від учасників, інформацію, щодо результатів/впливу через 3-6 місяців й виконати інші умови щодо звітності? |  | | | |
| 1. Інша важлива інформація для організаторів активності/події/заходу |  | | | |

Дата ПІБ Підпис