

Załącznik do Regulaminu

DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisana/y:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(seria i numer dowodu osobistego)

.....
(numer PESEL)

deklaruję chęć udziału

w ramach projektu pn. „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Piotrkowa Trybunalskiego oraz powiatów sąsiadujących”

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020

Oś Priorytetowa X. Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw w regionie

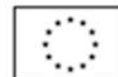
Działanie X.3 Ochrona utrzymanie i przywrócenie zdrowia

Poddziałanie X.3.1. Programy z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej ułatwiające powroty do pracy oraz umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej

Nr projektu RPLD.10.03.01-10-0017/17

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Uczestnika Projektu



FORMULARZ REKRUTACYJNY

*Prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie,
drukowanymi literami lub komputerowo odpowiadając na wszystkie pytania.*

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU		
1.	Kraj	
2.	Rodzaj Uczestnika	<input type="checkbox"/> indywidualny <input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel Instytucji
3.	Imię	
4.	Nazwisko	
5.	PESEL <input type="checkbox"/> brak PESELU
6.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
7.	Wiek w chwili przystąpienia do Projektu	
8.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe
DANE KONTAKTOWE		
9.	Województwo	
10.	Powiat	
11.	Gmina	
12.	Miejscowość	
13.	Ulica	
14.	Nr budynku	
15.	Nr lokalu	
16.	Kod pocztowy	
17.	Telefon kontaktowy	
18.	Adres e-mail	

DANE DODATKOWE:		
19.	Data rozpoczęcia udziału w Projekcie DD-MM-RRRR <i>[wypełnia pracownik Instytucji]</i>	
20.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba ucząca się * planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia: DD-MM-RRRR <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne
21.	Wykonywany zawód <i>[wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia opcji „osoba pracująca” w pkt 20]</i>	<input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej

		<input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik
22.	Zatrudniony w: <i>[wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia opcji „osoba pracująca” w pkt 20]</i>
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
23.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
24.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak
25.	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
26.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej <i>[dotyczy zwłaszcza osób z wykształceniem niższym niż podstawowe, osób niepełnosprawnych, byłych więźniów, narkomanów, osób bezdomnych lub wykluczonych z dostępu do mieszkań, osoby z obszarów wiejskich]</i>	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Uczestnika Projektu

DEKLARACJA SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W PROJEKCIE

Proszę o zaznaczenie informacji dotyczących Pana/Pani sytuacji w momencie rozpoczęcia udziału w Projekcie:

Zamieszkanie:

Jestem osobą fizyczną mieszkającą w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie województwa łódzkiego w powiecie:

- piotrkowskim
- m. Piotrków Trybunalski
- tomaszowskim
- opoczyńskim
- radomszczańskim
- bełchatowskim

(Właściwie proszę zaznaczyć X)

Wiek:

- jestem osobą powyżej 50 roku życia
- jestem osobą w wieku aktywności zawodowej

Stan zdrowia:

- jestem osobą ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, w szczególności:
 - z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi i/lub ograniczeniem ruchomości w przebiegu chorób zwyrodnieniowych stawów i innych artropatii,
 - z chorobami kręgosłupa,
 - chorobami tkanek miękkich (mięśni, powięzi i ścięgien),
- mój stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Uczestnika Projektu