**Załącznik nr 1 do Regulaminu**

# **DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE**

**Ja, niżej podpisana/y:**

…………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko)

…………………………………………………………………………………………………………

(numer PESEL)

**deklaruję chęć udziału w projekcie pn.**

**„****Profesjonalna rehabilitacja w Medycynie Grabieniec gwarancją aktywności zawodowej II”**

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego 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

RPLD.10.03.01-10-B028/22

Oświadczam, że zapoznałem się z zapisami Regulaminu uczestnictwa w projekcie

„Profesjonalna rehabilitacja w Medycynie Grabieniec gwarancją aktywności zawodowej II”   
i akceptuję jego treść

Złożenie przeze mnie niniejszego oświadczenia jest jednocześnie moją zgodą na przyszły udział w projekcie.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………  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 | indywidualny  pracownik lub przedstawiciel Instytucji | |
| 3. | Imię |  | |
| 4. | Nazwisko |  | |
| 5. | PESEL | ………………………………………………  brak nr PESEL | |
| 6. | Płeć | kobieta  mężczyzna | |
| 7. | Wiek w chwili przystąpienia do Projektu |  | |
| 8. | Wykształcenie | wyższe  policealne  ponadgimnazjalne  gimnazjalne  podstawowe  niższe niż podstawowe | |
| **DANE KONTAKTOWE (MIEJSCE ZAMIESZKANIA):** | | | |
| 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  (wypełnia pracownik Instytucji) |  | |
| 20. | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu | osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym  długotrwale bezrobotna  inne  osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym  długotrwale bezrobotna  inne  osoba bierna zawodowo, w tym:  osoba ucząca się  \* planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia: ……………………. DD-MM-RRRR  osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  inne  osoba pracująca, w tym:  osoba pracująca w administracji rządowej  osoba pracująca w administracji samorządowej  osoba pracująca w MMŚP  osoba pracująca w organizacji pozarządowej  osoba prowadząca działalność na własny rachunek  osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie  inne | |
| 21. | Wykonywany zawód  (wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia opcji „osoba pracująca” w pkt 20) | inne  instruktor praktycznej nauki zawodu  nauczyciel kształcenia ogólnego  nauczyciel wychowania przedszkolnego  pracownik kształcenia zawodowego  pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia  kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej  pracownik instytucji rynku pracy  pracownik instytucji szkolnictwa wyższego  pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej  pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej  pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej  rolnik | |
| 22. | Zatrudniony w:  (wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia opcji „osoba pracująca” w pkt 20) | ………………………………………………………………  ………………………………………………………………  ………………………………………………………………  ……………………………………………………………… | |
| STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU | | | |
| 23. | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | nie  tak  odmowa podania informacji |
| 24. | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | ☐ nie  ☐ tak |
| 25. | Osoba z niepełnosprawnościami | | nie  tak  odmowa podania informacji |
| 26. | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej  (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) | | nie  tak  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:

Właściwe proszę zaznaczyć

**ZAMIESZKANIE:**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| powiat: | | gmina: | |
|  | Łódź: |  | Łódź |
|  | pabianicki: |  | Konstantynów Łódzki |
|  | zgierski: |  | Aleksandrów Łódzki |
|  |  |  | Zgierz |
|  |  |  | Zgierz (gmina wiejska) |

**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 kategorii:

* M47 Spondyloza
* M48 Inne choroby kręgosłupa
* M49 Spondylopatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
* M50 Choroby krążków międzykręgowych szyjnych
* M51 Inne choroby krążka międzykręgowego
* M53 Inne choroby grzbietu, niesklasyfikowane gdzie indziej
* M54 Bóle grzbietu

mój stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym

**WYKONYWANIE PRACY SIEDZĄCEJ:**

tak

nie

**JESTEM OSOBĄ NARAŻONĄ NA OPUSZCZENIE RYNKU PRACY Z POWODU CZYNNIKÓW ZDROWOTNYCH LUB BLISKĄ POWROTOWI NA RYNEK PRACY W WYNIKU ŚWIADCZEŃ REHABILITACYJNYCH:**

tak

nie

**NIEKORZYSTANIE Z TEGO TYPU ZABIEGÓW FINANSOWANYCH PRZEZ NFZ LUB INNYCH ŚRODKÓW PUBLICZNYCH W CIĄGU 6-U MIESIĘCY PRZED PRZYSTĄPIENIEM DO PROJEKTU:**

tak (nie korzystałem/ nie korzystałam)

nie (korzystałem/ korzystałam)

**NIEUCZESTNICZENIE W PROJEKCIE WSPÓŁFINANSOWANYM Z EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO I BUDŻETU PAŃSTWA W RAMACH „OGÓLNOPOLSKIEGO PROGRAMU PROFILAKTYKI PRZEWLEKŁYCH BÓLÓW KRĘGOSŁUPA” REALIZOWANYM NA TERENIE MAKROREGIONU CENTRALNEGO W CIĄGU 6-U MIESIĘCY PRZED PRZYSTĄPIENIEM DO PROJEKTU:**

tak (nie uczestniczyłem/ nie uczestniczyłam)

nie (uczestniczyłem/ uczestniczyłam)

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………  Miejscowość, data | ……………………………………………………  Czytelny podpis Uczestnika Projektu |