**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 [x]

**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 |