

Formularz zgłoszeniowy - załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie:

PRACA-STRES a ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ – profilaktyka chorób odstresowych

Nr FEMP.06.08-IP.02-0024/25- 00 realizowany w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, Priorytet 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działanie 6.8 Programy zdrowotne, Typ Projektu B: Program profilaktyki chorób odstresowych u osób pracujących na terenie województwa małopolskiego, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, realizowanego przez

Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. Dr S. Jasińskiego w Zakopanem ul. Ciągłówka 9
34-500 Zakopane

FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Realizator projektu	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr S. Jasińskiego w Zakopanem
Biuro projektu	Ciągłówka 9 - parter
Osoba przyjmująca formularz zgłoszeniowy	
Data i godzina wpływu formularza	

1. DANE PODSTAWOWE	
Imię (imiona)	
Nazwisko	
Wiek	
PESEL	
Data urodzenia	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe

2. MIEJSCE ZAMIESZKANIA		
Województwo		
Powiat		
Kod pocztowy		
Gmina		
Miejscowość		
Ulica		
Numer budynku		
Numer lokalu		
3. ADRES DO KORESPONDENCJI (jeśli różni się od adresu zamieszkania)		
Kod pocztowy		
Gmina		
Miejscowość		
Numer budynku		
Numer lokalu		
4. DANE KONTAKTOWE		
Telefon kontaktowy		
Adres e-mail		
5. STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (możliwość odmowy udzielania informacji)		
Osoba obcego pochodzenia - cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	ODMOWA <input type="checkbox"/>	
Osoba z państwa trzeciego świata - osoba, która jest obywatelem krajów spoza UE lub bezzaństwowiec	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	ODMOWA <input type="checkbox"/>	

Osoba należąca do mniejszości etnicznej	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	ODMOWA <input type="checkbox"/>	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	ODMOWA <input type="checkbox"/>	
Osoba z niepełnosprawnościami - potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	ODMOWA <input type="checkbox"/>	
6. POTRZEBY SPECJALNE		
.....		
7. STATUS ZATRUDNIENIA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
Jestem zatrudniona/y na podstawie umowy o pracę	<input type="checkbox"/>	
Jestem zatrudniona/y na podstawie umowy zlecenia/ o dzieło	<input type="checkbox"/>	
Prowadzę działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/>	
Miejsce pracy (nazwa i adres)	<input type="checkbox"/>	
Wykonywany zawód o podwyższonym ryzyku stresu wpisująca się w kryteria programu to znaczy:	<input type="checkbox"/> podejmująca decyzje - kadra zarządzająca <input type="checkbox"/> narażona w pracy na bliski kontakt emocjonalny z drugim człowiekiem: pracownik sektora ochrony zdrowia, pedagog, pracownik pomocy społecznej <input type="checkbox"/> narażona na traumatyczne wydarzenia: służby mundurowe	

	<input type="checkbox"/> narażona na wysokie ryzyko wypadku w miejscu pracy: górnicy i pracownicy fizyczni sektora budowlanego
8. WSPARCIE DODATKOWE	
Zgłaszam zapotrzebowanie na dodatkowe wsparcie w czasie udziału w projekcie w postaci (koszty dojazdu, koszty opieki).

Niniejszym oświadczam, że:

1. Podane przeze mnie dane i informacje zawarte w formularzu zgłoszeniowym oraz w przedłożonych wymaganych załącznikach są zgodne z prawdą. Zostałam/em pouczona/y o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (art. 233 §1 KK).
2. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS/PUP) pod względem ich zgodności.
3. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie, oświadczam, że go akceptuję oraz wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie.
4. Oświadczam, że spełniam i akceptuję wszystkie kryteria formalne dla uczestników projektu określone w Regulaminie projektu : PRACA-STRES a ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ – profilaktyka chorób odstresowych.
5. Zostałam/em poinformowany/a, że projekt : PRACA-STRES a ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ – profilaktyka chorób odstresowych jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
6. Deklaruję uczestnictwo we wszystkich etapach wsparcia, równocześnie Zobowiązuje się, w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie, niezwłocznie poinformować o tym fakcie Organizatora Projektu, poprzez zgłoszenie pisemnego oświadczenia.
7. Zostałam/em poinformowana/y, że złożenie Formularza zgłoszeniowego dla osoby ubiegającej się o udział w projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
8. Zostałam/em poinformowana/y o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Organizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej.
9. Zostałam/em poinformowana/y o możliwości zgłoszenia podejrzenia o

niezgodności Projektu z Kartą Praw Podstawowych Unii Europejskiej oraz Konwencją o Prawach Osób Niepełnosprawnych do Instytucji Zarządzającej programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027 na adres email:

KPP_KPON@umwm.malopolska.pl lub telefonicznie pod numerem telefonu: (12) 299 06 72 - Koordynator ds. KPP z ramienia Instytucji Zarządzającej programem FEM 2021-2027 lub (12) 299 09 70 - Koordynator ds. równości z ramienia Instytucji Zarządzającej programem FEM 2021-2027.

10. Zostałam/em poinformowana/y o obowiązku przekazania Realizatorowi Projektu informacji dotyczącej mojej sytuacji na rynku pracy (do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie), niezbędnej do wyliczenia tzw. wskaźnika rezultatu bezpośredniego projektu.

11. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

.....
miejsowość, data

.....
podpis kandydata/kandydatki do projektu