Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

„Zdrowe Podlasie - rehabilitacja medyczna i zawodowa osób pracujących”

Nr FEPD.07.03-IP.01-0010/24

Formularz zgłoszeniowy należy opatrzeć **czytelnym podpisem** w wyznaczonym miejscu.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA1:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię (imiona):** |  | **Nazwisko:** | |  | | | | | | | | | | | |
| **Płeć:** | Kobieta Mężczyzna | **PESEL:** | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Inny identyfikator** (w przypadku braku PESEL) | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Wykształcenie:** | brak (brak formalnego wykształcenia) [poziom ISCED 0] podstawowe [poziom ISCED 1]  gimnazjalne [poziom ISCED 2] ponadgimnazjalne [poziom ISCED 3] policealne [poziom ISCED 4]  wyższe [poziom ISCED 5] | | | | | | | | | | | | | | |
| **Obywatelstwo** | polskie  brak polskiego obywatelstwa - obywatel kraju UE  brak polskiego obywatelstwa lub kraju UE – obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec | | | | | | | | | | | | | | |
| **Kraj:** |  | **Województwo:** | |  | | | | | | | | | | | |
| **Powiat:** |  | **Gmina:** | |  | | | | | | | | | | | |
| **Miejscowość:** |  | **Kod pocztowy:** | | \_ \_ - \_ \_ \_ | | | | | | | | | | | |
| **Ulica:** |  | **Nr domu / nr lokalu:** | |  | | | | | | | | | | | |
| **Telefon**  **kontaktowy:** |  | **E-mail:** | |  | | | | | | | | | | | |
| **Osoba obcego pochodzenia** | | tak | nie | | | |  | | | | | | | | |
| **Obywatel państwa trzeciego** | | tak | nie | | | |  | | | | | | | | |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)** | | tak | nie | | | | odmowa podania informacji | | | | | | | | |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | | tak | nie | | | |  | | | | | | | | |
| **Osoba z niepełnosprawnościami**  (jeśli TAK – dołączyć orzeczenie lub dokument równoważny) | | tak | nie | | | | odmowa podania informacji | | | | | | | | |
| **Specjalne potrzeby Uczestnika związane z niepełnosprawnością**: | | **………………………………………………………………………………………..**  **………………………………………………………………………………………..** | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:** | | | | | | |
| **Status na rynku pracy:**  **UWAGA:**  dołączyć dokumenty potwierdzające posiadanie danego statusu  (jeśli dotyczy) |  | osoba niepracująca, w tym: |  |  |  |  |
|  | osoba bezrobotna w tym:  osoba długotrwale  bezrobotna  inne | | osoba bierna zawodowo w tym:  osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  osoba ucząca się/odbywająca kształcenie inne | | |
| osoba pracująca (w tym także przebywająca na urlopie macierzyńskim,  rodzicielskim, wychowawczym), w tym: | | | | | |
|  | prowadząca działalność na własny rachunek  administracji rządowej  administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i  placówek systemu oświaty) organizacji pozarządowej MMŚP  dużym przedsiębiorstwie  podmiocie wykonującym działalność leczniczą | szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)  szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)  szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)  na uczelni  w instytucie naukowym instytucie badawczym | | | instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz  międzynarodowym instytucie naukowym  dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki  na rzecz państwowej osoby prawnej  inne |
| **Nazwa miejsca**  **pracy:** |  | | | | | |
| **Adres miejsca pracy:** |  | | | | | |
| **Województwo:** |  | | **Miejscowość:** | |  | |
| **Powiat:** |  | | **Ulica, nr domu/lok:** | |  | |
| **Gmina:** |  | | **Kod pocztowy:** | | \_ \_ - \_ \_ \_ | |

|  |
| --- |
| * Świadoma/-y odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe. Deklaruję gotowość przystąpienia do projektu. |
| * Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie dostępnym na stronie [www.fir.org.pl](http://www.fir.org.pl) i akceptuję zapisy w nim zawarte. |
| * Oświadczam, że zapoznałem/am się z obowiązkiem informacyjnym Administratora w zakresie przetwarzania moich danych osobowych na etapie rekrutacji, który jest dostępny na stronie internetowej [www.fir.org.pl](http://www.fir.org.pl) |
| * W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w projekcie nie będę wnosił/a żadnych zastrzeżeń ani roszczeń do Realizatorów projektu. |
| * Oświadczam, że zgłaszam z własnej inicjatywy chęć udziału w projekcie „Zdrowe Podlasie - rehabilitacja medyczna i zawodowa osób pracujących” współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach EFS+ realizowanym przez Fundację Forum Inicjatyw Rozwojowych. |
| * Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest z Programu Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021- 2027 współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus. Działanie 7.3 Rozwój kadr regionalnej gospodarki. Priorytet VII Fundusze na rzecz zatrudnienia i kształcenia osób dorosłych. Projekt współfinansowany ze środków UE w ramach EFS+. |

**WRAZ Z FORMULARZEM ZGŁOSZENIOWYM PRZEDKŁADAM2:**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK / NIE** | zaświadczenie z PUP o statusie osoby bezrobotnej, |
| **TAK / NIE** | zaświadczenie z ZUS lub potwierdzenie wygenerowane z Platformy Usług Elektronicznych ZUS, potwierdzające status osoby bezrobotnej |
| **TAK / NIE** | zaświadczenie o zatrudnieniu (załącznik nr 4) lub inne zaświadczenie potwierdzające zatrudnienie na obszarze woj. podlaskiego (np. CEIDG/KRS) |
| **TAK / NIE** | dokumentacja medyczna, dotycząca schorzenia z powodu którego uczestnik projektu wymaga  rehabilitacji lub skierowanie od lekarza POZ – do wglądu w ramach diagnozy fizjoterapeuty. |

………………………..…….…………….…… ……………………………………………………….……………………

Miejscowość, data Czytelny podpis uczestnika

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA REALIZATOR:** | | | |
| Liczba przyznanych punktów premiujących: | kobieta – 5 pkt. | | Razem:  ………………..………… |
| Liczba przyznanych punktów premiujących: | osoba powyżej 50 r.ż. – 5 pkt. | | Razem:  ………………..………… |
| Liczba przyznanych punktów premiujących: | osoba z niepełnosprawnością – 3 pkt. | | Razem:  ………………..………… |
| Liczba przyznanych punktów premiujących: |  | | Razem:  ………………..………… |
| Data wpływu formularza: |  | Potwierdzam poprawność i kompletność formularza i  dokumentów.  Podpis: |  |