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** | polskiebrak polskiego obywatelstwa - obywatel kraju UEbrak 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 szkoleniuosoba ucząca się/odbywająca kształcenie inne |
| osoba pracująca (w tym także przebywająca na urlopie macierzyńskim, rodzicielskim, wychowawczym), w tym: |
|  | prowadząca działalność na własny rachunekadministracji rządowejadministracji samorządowej (z wyłączeniem szkół iplacówek systemu oświaty) organizacji pozarządowej MMŚPdużym przedsiębiorstwiepodmiocie 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 uczelniw instytucie naukowym instytucie badawczym | instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewiczmiędzynarodowym instytucie naukowymdla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i naukina rzecz państwowej osoby prawnejinne |
|  **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 wymagarehabilitacji 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 idokumentów. Podpis: |  |