

RPLD.10.03.01-10-A019/21

Załącznik nr 1 do Regulaminu

DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisana/y:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(seria i numer dowodu osobistego)

.....
(numer PESEL)

deklaruję chęć udziału w projekcie pn.

„Program rehabilitacji leczniczej w Instytucie Zdrowia Medicall”

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 ułatwiający powroty

do pracy oraz umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej

RPLD.10.03.01-10-A019/21

Oświadczam, że zapoznałem się z zapisami Regulaminu uczestnictwa w projekcie

„Program rehabilitacji leczniczej w Instytucie Zdrowia Medicall”

i akceptuję jego treść.

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

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Uczestnika Projektu



RPLD.10.03.01-10-A019/21

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie,
drukowanymi literami lub komputerowo odpowiadając na wszystkie pytania.

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU		
1.	Kraj	
2.	Rodzaj Uczestnika	<input type="checkbox"/> indywidualny <input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel Instytucji
3.	Imię	
4.	Nazwisko	
5.	PESEL <input type="checkbox"/> brak nr PESEL
6.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
7.	Wiek w chwili przystąpienia do Projektu	
8.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe
DANE KONTAKTOWE (MIEJSCE ZAMIESZKANIA):		
9.	Województwo	
10.	Powiat	



RPLD.10.03.01-10-A019/21

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.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> osoba ucząca się * planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia: DD-MM-RRRR <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne



RPLD.10.03.01-10-A019/21

		<input type="checkbox"/> osoba pracująca, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne
20.	<p>Wykonywany zawód (wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia opcji „osoba pracująca” w pkt 19)</p>	<input type="checkbox"/> inne <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik
21.	Zatrudniony w:	<p>.....</p>



RPLD.10.03.01-10-A019/21

	(wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia opcji „osoba pracująca” w pkt 19)
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
22.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
23.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak
24.	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
25.	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, osób z obszarów wiejskich)	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis Uczestnika Projektu

RPLD.10.03.01-10-A019/21

DEKLARACJA SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W PROJEKCIE

Proszę o zaznaczenie informacji dotyczących Pana/Pani sytuacji w momencie rozpoczęcia udziału w Projekcie:

Właściwie proszę zaznaczyć

ZAMIESZKANIE:

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

powiat:

gmina:

M. Piotrków Trybunalski:

M. Piotrków Trybunalski

piotrkowski:

Aleksandrów

Ręčno

Czarnocin

Rozprza

Gorzkowice

Sulejów

Grabica

Wola Krzysztoporska

Łęki Szlacheckie

Wolbórz

Moszczenica

bełchatowski:

M. Bełchatów

Kluski

Bełchatów – gmina wiejska

Rusiec

Drużbice

Szczerców

Kleszczów

Żelów

radomszczański:

M. Radomsko

Kodrąb

Radomsko – gmina wiejska

Lgota Wieka

Dobryszycy

Ładzice

Gidle

Masłowice

Gomunice

Przedbórz

Kamieńsk

Wielgomłynny

Kobiełe Wielkie

Żytno

RPLD.10.03.01-10-A019/21

- | | | |
|---------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tomaszowski: | <input type="checkbox"/> M. Tomaszów Mazowiecki | <input type="checkbox"/> Inowódz |
| | <input type="checkbox"/> Tomaszów Mazowiecki –
gmina wiejska | <input type="checkbox"/> Lubochnia |
| | <input type="checkbox"/> Będków | <input type="checkbox"/> Rokiciny |
| | <input type="checkbox"/> Budziszewice | <input type="checkbox"/> Rzeczyca |
| | <input type="checkbox"/> Czerniewice | <input type="checkbox"/> Ujazd |
| | | <input type="checkbox"/> Żelechlinek |

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

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Uczestnika Projektu