

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego – Lubuskie 2020

FORMULARZ REKRUTACYJNY
do projektu
„Rehabilitacja doda Ci sił – wsparcie zagrożonych grup zawodowych w zakresie rehabilitacji medycznej dla osób powracających do pracy”

realizowanego w ramach **Regionalnego Programu Operacyjnego Lubuskie 2020**
Oś Priorytetowa 6. Regionalny rynek pracy,
Działanie 6.7. Profilaktyka i rehabilitacja zdrowotna osób pracujących i powracających do pracy oraz wspieranie zdrowych i bezpiecznych miejsc pracy

Projekt „Rehabilitacja doda Ci sił – wsparcie zagrożonych grup zawodowych w zakresie rehabilitacji medycznej dla osób powracających do pracy” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany w partnerstwie przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej – Lider, Przychodnia Rodzinna Iwona Kłodowska – Biel - Partner I, Biuro Ekspertyz i Rozwoju Gospodarczego Sp. z o.o. - Partner II na podstawie umowy nr RPLB.06.07.00-08-0009/18 zawartej z Zarządem Województwa Lubuskiego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Lubuskie 2020

Data wpływu Formularza do biura projektu	podpis
Numer ewidencyjny	<i>(wypełnia Beneficjent)</i>

I. DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU

NAZWISKO				
IMIĘ/IMIONA				
PŁEĆ	KOBIEТА	<input type="checkbox"/> TAK	MĘŻCZYŻNA	<input type="checkbox"/> TAK
DATA I MIEJSCE URODZENIA				
PESEL				
ADRES ZAMIESZKANIA ¹				
ULICA		NR DOMU		NR LOKALU
KOD POCZTOWY		MIEJSCOWOŚĆ		
GMINA		POWIAT		
WOJEWÓDZTWO				
TELEFON KONTAKTOWY		ADRES E-MAIL		

¹ Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. Adres ten powinien umożliwić kontakt w przypadku zakwalifikowania się do projektu.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego – Lubuskie 2020

II. WYKSZTAŁCENIE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU

WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> ISCED 0 Wykształcenie niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/> ISCED 1 Podstawowe <i>Wykształcenie na poziomie szkoły podstawowej</i>
	<input type="checkbox"/> ISCED 2 Gimnazjalne <i>Wykształcenie na poziomie szkoły gimnazjalnej</i>	<input type="checkbox"/> ISCED 3 Ponadgimnazjalne <i>Wykształcenie na poziomie szkoły średniej (np. liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa)</i>
	<input type="checkbox"/> ISCED 4 Policealne <i>Wykształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</i>	<input type="checkbox"/> ISCED 5-8 Wyższe <i>Wykształcenie na poziomie szkoły wyższej</i>

III. AKTUALNY STATUS ZAWODOWY POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU

Oświadczam, że (zaznaczyć „x”):

1.	Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy <i>(w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK wymagane jest dołączenie zaświadczenia z Powiatowego Urzędu Pracy)</i>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Jestem osobą długotrwale bezrobotną²	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2.	Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy <i>(osoba gotowa do podjęcia zatrudnienia)</i>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3.	Jestem osobą bierną zawodowo³	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
4.	Jestem osobą uczącą się	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
5.	Jestem osobą pracującą <i>(w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK wymagane jest dołączenie zaświadczenia od pracodawcy oraz <u>wypełnienie poniższej tabeli*</u>)</i>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

*OSOBA PRACUJĄCA W:	<input type="checkbox"/> administracji rządowej <input type="checkbox"/> administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> MMŚP <input type="checkbox"/> organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> na własny rachunek (działalność gospodarcza) <input type="checkbox"/> dużym przedsiębiorstwie
----------------------------	---

² **Osoba bezrobotna** - osoba pozostająca bez pracy, niewykonująca innej pracy zarobkowej, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Definicja uwzględnia osoby zarejestrowane jako bezrobotne zgodnie z krajowymi definicjami, nawet jeżeli nie spełniają one wszystkich trzech kryteriów. **Osoba długotrwale bezrobotna** – w przypadku osób poniżej 25 roku życia – są osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy, a w przypadku osób powyżej 25 roku życia – nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (wiek uczestników jest określany na podstawie daty urodzenia i ustalany w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie).

³ **Osoby biernie zawodowo** - osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Studenci studiów stacjonarnych są uznawani za osoby biernie zawodowo. Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), są uznawane za biernie zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). Osoby prowadzące działalność na własny rachunek (w tym członek rodziny bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność) nie są uznawane za biernie zawodowo.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego – Lubuskie 2020

WYKONYWANY ZAWÓD:	<input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel 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
ZATRUDNIONY W: (NAZWA I ADRES MIEJSCA PRACY)	

Ponadto oświadczam, że jestem (zaznaczyć „x”):

1.	Osobą z niepełnosprawnościami <i>(w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK wymagane jest dołączenie kserokopii orzeczenia o niepełnosprawności)</i> <input type="checkbox"/> stopień lekki <input type="checkbox"/> stopień umiarkowany <input type="checkbox"/> stopień znaczny	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
2.	Osobą zamieszkującą teren wiejski (Degurba 3)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3.	Osobą w wieku + 50	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

IV. PRZYNALEŻNOŚĆ DO KATEGORII

1.	Osoby potrzebujące usług rehabilitacji medycznej z powodu zagrożenia utraty pracy ze względów zdrowotnych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2.	Osoby potrzebujące usług rehabilitacji medycznej z powodu niemożności podjęcia zatrudnienia/ powrotu na rynek pracy ze względów zdrowotnych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego – Lubuskie 2020

V. STATUS UCZESTNIKA W CHWILII PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU - SL2014

<ul style="list-style-type: none"> Przynależę do mniejszości narodowej⁴ lub etnicznej⁵, jestem migrantem⁶, osobą obcego pochodzenia⁷, 	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
<ul style="list-style-type: none"> Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań 	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<ul style="list-style-type: none"> Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)⁸ 	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji

VI. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że zgodnie z art. 6 ust 1 lit a Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej – Lidera, Przychodnia Rodzinna Iwona Kłodowska – Biel - Partner I, Biuro Ekspertyz i Rozwoju Gospodarczego Sp. z o.o. - Partner II dla potrzeb procesu rekrutacji i realizacji projektu „Rehabilitacja doda Ci sił – wsparcie zagrożonych grup zawodowych w zakresie rehabilitacji medycznej dla osób powracających do pracy” który jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Lubuskie 2020. Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie danych w przyszłości pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania.

.....
data i czytelny podpis

Oświadczam, że świadoma/y odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 (podanie nieprawdy lub zatajenie nieprawdy) ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553 ze zm.) zawarte w niniejszym formularzu informacje są zgodne z prawdą oraz stanem faktycznym.

.....
data i czytelny podpis

⁴ Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska.

⁵ Zgodnie z prawem krajowym mniejszości etnicznej to mniejszości: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.

⁶ Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości.

⁷ Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy –każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie posiadania obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.

⁸ Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej to: **osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0, byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań a także osoby z obszarów wiejskich**



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego – Lubuskie 2020

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Regulaminem Rekrutacji Uczestników i akceptuję jego warunki oraz oświadczam, że spełniam warunki uczestnictwa w projekcie ;

.....
data i czytelny podpis

Oświadczam, że zostałam/lam poinformowana, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....
data i czytelny podpis

VII. Ocena kwalifikowalności uczestnictwa w Projekcie (*wypełnia Beneficjent*)

Kandydat **spełnia/nie spełnia**⁹ wstępne kryteria uczestnictwa w Projekcie (*wypełnia Beneficjent*)

.....
Data oraz czytelny podpis osoby weryfikującej formularz rekrutacyjny

⁹ Niepotrzebne skreślić