

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „Powrót do zdrowia. Powrót do pracy!”**

DANE UCZESTNIKA:											
Imię (imiona):											
Nazwisko:											
PESEL:										Inny identyfikator (w przypadku braku PESEL)	
Miejscowość:									Kod pocztowy:		
Ulica									Gmina:		
Powiat:									Nr domu / nr lokalu		
Kraj	Polska										
Województwo:	podlaskie								Telefon kontaktowy:		
E-mail:											
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)									☐ Tak	☐ Nie	☐ Odmowa odpowiedzi
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań									☐ Tak	☐ Nie	
Osoba z niepełnosprawnościami *									☐ Tak	☐ Nie	☐ Odmowa podania informacji
Rodzaj uczestnika	☐ indywidualny								☐ pracownik lub przedstawiciel instytucji/ podmiotu		
Wykształcenie:	☐ średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2) ☐ ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (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										
Oświadczam, że pracuję na terenie woj. podlaskiego i jestem narażony/a na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych.									☐ tak	☐ nie	
Oświadczam, że jestem zarejestrowany/a jako bezrobotny/a w PUP w woj. podlaskim i potrzebuję świadczeń rehabilitacyjnych w celu podjęcia pracy lub powrotu do zatrudnienia.									☐ tak	☐ nie	
Szczególne potrzeby uczestnika projektu, np. związane z niepełnosprawnością:											

STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:

- ☐ 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)
- ☐ prowadząca działalność na własny rachunek
- ☐ w administracji rządowej
- ☐ w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)
- ☐ w organizacji pozarządowej
- ☐ w MMŚP
- ☐ w dużym przedsiębiorstwie
- ☐ w podmiocie wykonującym działalność leczniczą
- ☐ w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)
- ☐ w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)
- ☐ w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)
- ☐ na uczelni
- ☐ w instytucie naukowym
- ☐ w instytucie badawczym
- ☐ w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz
- ☐ w międzynarodowym instytucie naukowym
- ☐ dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki
- ☐ na rzecz państwowej osoby prawnej
- ☐ inne

* należy dołączyć dokumenty potwierdzające dany status uczestnika projektu

JA NIŻEJ PODPISANY OŚWIADCZAM, ŻE:	TAK	NIE
Wszystkie podane informacje w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.		
Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie danych niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego.		
Deklaruję dobrowolny udział w niniejszym Projekcie „Powrót do zdrowia. Powrót do pracy!” na zasadach określonych w regulaminie projektu.		
Zapoznałem/am się z regulaminem niniejszego projektu i akceptuję jego postanowienia.		
Zostałem poinformowany o współfinansowaniu niniejszego projektu ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021-2027.		
Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu dla potrzeb niezbędnych do realizacji projektu przez Łomżyńskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. oraz podmioty wskazane w klauzuli informacyjnej RODO.		
Zapoznałem się z zasadami przetwarzania danych osobowych w ramach projektu – klauzulą informacyjną RODO.		

.....
czytelny podpis uczestnika

.....
miejscowość, data

ANKIETA PO ZAKOŃCZENIU UDZIAŁU W PROJEKCIE

Imię i nazwisko:

.....

Data zakończenia udziału w projekcie:

2	0	2	5	-			-		
---	---	---	---	---	--	--	---	--	--

Rok- miesiąc -dzień

1. Sytuacja osoby po zakończeniu udziału w projekcie (najpóźniej do 4 tygodniu)

- ☐ osoba podjęła pracę/rozpoczęła prowadzenie działalności
- ☐ osoba kontynuuje zatrudnienie
- ☐ osoba uzyskała kwalifikacje

2. Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa

- ☐ TAK
- ☐ NIE

Podpis koordynatora:

.....