

STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:

- osoba **niepracująca**, w tym:
- | | |
|--|---|
| <p><input type="checkbox"/> osoba bezrobotna² w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne | <p><input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się/odbywająca kształcenie <input type="checkbox"/> inne |
|--|---|
- osoba **pracująca**² (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

JA NIŻEJ PODPISANY OŚWIADCZAM, ŻE:	TAK	NIE
Wszystkie podane informacje w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.		
Dane przedstawione w niniejszym formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadoma/my odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń oraz informacji mogących mieć wpływ na rekrutację, niezgodnych z prawdą.		
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	6	-			-		
---	---	---	---	---	--	--	---	--	--

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:

.....