**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**Projekt pn. „Bądź aktywny - rehabilitacja dla osób z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego”**

**Nr projektu: WND-RPSL.08.03.02-24-00EE/19**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** |  | **Nazwa** | **Dane Kandydata/ki** | | | | | | | | | | |
| **I** | **Dane podstawowe** | Imię (imiona) |  | | | | | | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | | | | | | |
| Data i miejsce urodzenia |  | | | | | | | | | | |
| Płeć[[1]](#footnote-2) | Kobieta Mężczyzna | | | | | | | | | | |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Wykształcenie[[2]](#footnote-3) | niższe niż podstawowe (ISCED 0)  podstawowe (ISCED 1)  gimnazjalne (ISCED 2)  ponadgimnazjalne (ISCED 3)  policealne (ISCED 4)  wyższe (ISCED 5-8( | | | | | | | | | | |
| **II** | **Adres zamieszkania[[3]](#footnote-4)** | Ulica |  | | | | | | | | | | |
| Nr domu/nr lokalu |  | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy |  | | | | | | | | | | |
| Miejscowość |  | | | | | | | | | | |
| Gmina |  | | | | | | | | | | |
| Powiat |  | | | | | | | | | | |
| Województwo |  | | | | | | | | | | |
| **III** | **Dane kontaktowe** | Telefon stacjonarny lub komórkowy |  | | | | | | | | | | |
| Adres poczty elektronicznej (e-mail) |  | | | | | | | | | | |
| Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania) |  | | | | | | | | | | |
|  | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu  (proszę zaznaczyć właściwe pole) | | **[ ] osoba pracująca**  **w tym:**  [ ] osoba pracująca w administracji rządowej  [ ] osoba pracująca w administracji samorządowej  [ ] osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie  [ ] osoba pracująca w MMŚP  [ ] osoba pracująca w organizacji pozarządowej  [ ] osoba wykonująca działalność gospodarczą na własny rachunek  Miejsce Pracy …………………………………………………………………………………..  Wykonywany zawód ………………………………………………………………………………………………  **[ ] osoba bierna zawodowo – jeżeli dotyczy należy wypełnić poniższe pola:**  Osoba ucząca się - TAK / NIE  Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu - TAK / NIE  **[ ] osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy – jeżeli dotyczy należy wypełnić poniższe pola:**  Osoba długotrwale bezrobotna - TAK / NIE  Inne - TAK / NIE  **[ ] osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy – jeżeli dotyczy należy wypełnić poniższe pola:**  Osoba długotrwale bezrobotna - TAK / NIE  Inne - TAK / NIE | | | | | | | | | | |
|  | Czy jest Pan/Pani osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia (istnieje praw do odmowy udzielenia informacji)? | | **[ ] TAK [ ] NIE** | | | | | | | | | | |
|  | Czy jest Pan/Pani osobą bezdomną lub wykluczoną z dostępu do mieszkań? | | **[ ] TAK [ ] NIE** | | | | | | | | | | |
|  | Czy jest Pan/Pani osobą z niepełnosprawnościami? (istnieje prawo do odmowy udzielenia odpowiedzi) | | **[ ] TAK [ ] NIE** | | | | | | | | | | |
|  | Czy jest Pan/Pani osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej? | | **[ ] TAK [ ] NIE** | | | | | | | | | | |

W związku z przystąpieniem do projektu „Bądź aktywny! Rehabilitacja dla osób z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego” oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym są aktualne i zgodne z prawdą, a w przypadku ich zmiany zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia beneficjenta i ich aktualizacji.

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie wskazane w Regulaminie projektu „Bądź aktywny! Rehabilitacja dla osób z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego”, w tym w szczególności:

Spełniam kryterium wieku, tj. jestem w wieku pomiędzy 50, a 59 r.ż. (dla kobiet) lub pomiędzy 50, a 64 r.ż. (dla mężczyzn),

Jestem osobą, u które zdiagnozowano jedną z wymienionych, przewlekłych chorób układu kostno-stawowo-mięśniowego (wg ICD 10: M15-M19, M47, M50, M51, M54), na dowód czego okazuję kopię dokumentacji medycznej lub zaświadczenie lekarskie,

Nie korzystałem ze świadczeń rehabilitacji leczniczej, finansowanych ze źródeł publicznych z powodu wymienionych wyżej schorzeń w okresie 6 miesięcy poprzedzających zgłoszenie się do projektu,

Wobec mnie nie zostało wydane orzeczenie o trwałej niezdolności do pracy,

Oświadczam, że aktualnie nie korzystam i w trakcie mojego udziału w projekcie nie będę korzystać ze wsparcia w postaci usług zdrowotnych w innych projektach dofinansowanych z funduszy unijnych u innych beneficjentów.

Oświadczam, że zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności prawnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, a wszystkie podane informacje, w tym status na rynku pracy odpowiadają stanowi faktycznemu.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.

|  |
| --- |
| ……………………………………………………… |
| *DATA I CZYTELNY PODPIS  UCZESTNIKA PROJEKTU\*\** |

1. Należy zaznaczyć właściwy [↑](#footnote-ref-2)
2. Należy zaznacz właściwy [↑](#footnote-ref-3)
3. Zgodnie z Rozdział II **Art. 25. Kodeksy Cywilnego**  „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”. [↑](#footnote-ref-4)