



FORMULARZ REKRUTACYJNY

do projektu pn. „Ratujemy kręgosłupy - wsparcie dla mieszkańców województwa łódzkiego cierpiących z powodu chorób grzbietu i kręgosłupa” nr RPLD.10.03.01-10-A021/21 realizowanego 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 ułatwiające powroty do pracy oraz umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej.

INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ OSOBĘ PRZYJMUJĄCĄ FORMULARZ:	
IMIĘ I NAZWISKO KANDYDATA/TKI	
Data i godzina przyjęcia:	Datar. godz.....

Instrukcja dotycząca wypełnienia i składania formularza:

1. Wszystkie pola Formularza rekrutacyjnego muszą być wypełnione.
2. Formularz należy wypełnić komputerowo lub odręcznie (czytelnie).
3. Odpowiedzi na pytania w Formularzu należy zaznaczyć znakiem X.
4. Braki w formularzu będzie można poprawić tylko raz po uprzednim wezwaniu do uzupełnienia.
5. Formularz należy czytelnie podpisać w wyznaczonym miejscu.
6. Wypełniony formularz wraz z załącznikami można składać:
 - a) w biurze Projektu: Sulejów, ul. Piotrkowska, nr 26/30, 97-330 lub
 - b) w przychodni NZOZ Sul-Med w Sulejowie, ul. Rynek 3/5, 97-330
osobiście – od poniedziałku do piątku w godzinach: 8.00 – 18.00,
 - za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub kurierem,
 - elektronicznie - na adres: sulmedsulejow@gmail.com



I DANE PERSONALNE		
1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	PESEL	
4.	Data urodzenia	Wiek
5.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
6.	Wykształcenie:	
	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/> policealne
	<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne
	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> wyższe
II ADRES ZAMIESZKANIA		
7.	Ulica	
8.	Nr domu	
9.	Nr lokalu	
10.	Kod pocztowy	
11.	Miejscowość	
12.	Gmina	
13.	Powiat	
14.	Województwo	
III DANE KONTAKTOWE		
15.	Telefon stacjonarny	
16.	Telefon komórkowy	
17.	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
IV ADRES DO KORESPONDENCJI (należy wypełnić jedynie, gdy korespondencja powinna być kierowana na inny adres niż wskazany powyżej)		
18.	Ulica	
19.	Nr domu	
20.	Nr lokalu	
21.	Kod pocztowy	
22.	Miejscowość	
V STATUS KANDYDATA		
23.	Status zawodowy na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu	1) <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana jako bezrobotna w powiatowym urzędzie pracy 2) <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy ale pozostająca bez pracy, gotowa do jej podjęcia i aktywnie jej poszukująca 3) <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo (niepracująca i nieposzukująca pracy) 4) <input type="checkbox"/> osoba pracująca
4a	Zawód	
4b	Miejsce pracy	
24.	Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu



	<p>do mieszkań</p> <p><input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnościami</p> <p><input type="checkbox"/> osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących</p> <p><input type="checkbox"/> w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu</p> <p><input type="checkbox"/> osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu</p> <p><input type="checkbox"/> osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)</p>
VI	OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI I PRZYSTĄPIENIU DO PROJEKTU
<p>Ja niżej podpisany/na deklaruję przystąpienie do udziału w projekcie pn. „Ratujemy kręgosłupy - wsparcie dla mieszkańców województwa łódzkiego cierpiących z powodu chorób grzbietu i kręgosłupa”, realizowanego przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sul-Med Tomasz Klimczyk z siedzibą przy ul. Piotrkowskiej 26/30, Sulejów 97-330 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 i oświadczam, że spełniam poniższe kryteria:</p>	
1. SPEŁNIENIE KRYTERIÓW UDZIAŁU	
Wiek - powyżej 15 roku życia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Miejsce zamieszkania - na terenie województwa łódzkiego – powiat piotrkowski	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zdiagnozowana choroba układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej we wskazanej kategorii – <u>diagnoza potwierdzona dokumentacją medyczną nie starszą niż 1 rok</u>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p><input type="checkbox"/> M47 Spondyloza</p> <p><input type="checkbox"/> M48 Inne choroby kręgosłupa</p> <p><input type="checkbox"/> M49 Spondylopatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej</p> <p><input type="checkbox"/> M50 Choroby krążków międzykręgowych szyjnych</p> <p><input type="checkbox"/> M51 Inne choroby krążka międzykręgowego,</p> <p><input type="checkbox"/> M53 Inne choroby grzbietu, niesklasyfikowane gdzie indziej</p> <p><input type="checkbox"/> M54 Bóle grzbietu</p>	
Stan zdrowia - umożliwiający podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2. SPEŁNIENIE KRYTERIÓW PREMIUJĄCYCH	
osoba w wieku 50 lat lub więcej (+2 pkt)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
kobieta (+2 pkt)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
osoba wykonująca pracę siedzącą (+1 pkt)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
osoba narażona na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub rokująca na powrót na rynek pracy w wyniku udzielanych świadczeń zdrowotnych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Oświadczenie:

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Ratujemy kręgosłupy - wsparcie dla mieszkańców województwa łódzkiego cierpiących z powodu chorób grzbietu i kręgosłupa” oświadczam, że:

1. dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,



2. zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego treść,
3. jestem świadomy/a, że złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie,
4. zostałam/em poinformowana/y, że ww. projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego 2014-2020 w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....
(miejscowość, data)

.....
podpis - imię i nazwisko Kandydata/ki*

**W przypadku osób w wieku 15-17 lat niezbędne jest uzyskanie zgody rodziców lub opiekuna prawnego na udział osoby małoletniej w programie.*

Wyrażam zgodę na udział **w ww. programie.**

(imię i nazwisko Kandydata/tki)

.....
(miejscowość, data)

.....
podpis - rodzica lub opiekuna prawnego

Załączniki do Formularza rekrutacyjnego:

1. oświadczenie RODO
2. oświadczenie o niekorzystaniu ze świadczeń finansowanych z innych środków publicznych
3. dokumentacja medyczna (nie starsza niż 1 rok)