



**Załącznik nr 1
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie**

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

Ja, niżej podpisana/y:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(seria i numer dowodu osobistego)

.....
(numer PESEL)

deklaruję chęć udziału

w ramach projektu pn. „Program Rehabilitacja 2025-2027.”
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus
w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021 – 2027
Priorytet 6: Fundusze Europejskie na rynku pracy, edukacji i wyłączenia
społecznego,
Działanie 6.8 Programy Zdrowotne,
Typ Projektu A: Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu,
utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej
Nr projektu FEMP.06.08.-IP.02-0457/24

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości

.....
Data i czytelny podpis osoby reprezentującej CMP Sp. z o.o.

**Prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie,
drukowanymi literami lub komputerowo odpowiadając na wszystkie pytania.**

Dane uczestniczki/uczestnika:		
1	Imię	
2	Nazwisko	
3	PESEL	
4	Brak PESELU	☐
5	Płeć	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
6	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
7	Wykształcenie:	☐ brak formalnego wykształcenia (ISCED 0) ☐ podstawowe (ISCED 1) ☐ gimnazjalne (ISCED 2) ☐ ponadgimnazjalne (ISCED 3) ☐ policealne (ISCED 4) ☐ wyższe (ISCED 5-8)
Adres zamieszkania		
1	Kraj	
2	Województwo	
3	Powiat	
4	Gmina	
5	Miejscowość	
6	Kod pocztowy	
7	Ulica	
8	Nr budynku	
9	Nr lokalu	
10	Telefon kontaktowy	
11	Adres e-mail	

Dane dodatkowe:			
1	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:		
	osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym:	☐	
	osoba długotrwale bezrobotna	☐	
	inne	☐	
	osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym:	☐	
	osoba długotrwale bezrobotna	☐	
	inne	☐	
	osoba bierna zawodowo w tym:	☐	
	osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	☐	
	osoba ucząca się	☐	
	planowana data zakończenia edukacji		
	osoba pracująca w tym:	☐	
	prowadząca działalność na własny rachunek	☐	
	w administracji rządowej	☐	
	w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)	☐	
	w organizacji pozarządowej	☐	
	w MMŚP (Mikro, Małe Średnie Przedsiębiorstwo)	☐	
	w dużym przedsiębiorstwie	☐	
	w podmiocie wykonującym działalność leczniczą	☐	
	w szkole lub placówce systemu oświaty w tym:	☐	
	kadra pedagogiczna	☐	
	kadra zarządzająca	☐	
	kadra niepedagogiczna	☐	
	na uczelni	☐	
	w instytucie naukowym	☐	
	w instytucie badawczym	☐	
	w międzynarodowym instytucie naukowym	☐	
	w międzynarodowym instytucie badawczym	☐	
	dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki	☐	
	Wykonywany zawód		
	2	Zdiagnozowano u mnie dysfunkcję narządu ruchu będącą skutkiem (według klasyfikacji ICD-10):	
		wrodzonych zniekształceń narządu ruchu (Q65-Q79)	
		choroby zwyrodnieniowej stawów, w szczególności choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, stawu biodrowego, stawu kolanowego, stawu ramiennego (M47, M00-M 25)	
choroby układowej tkanki łącznej (M32-M35)			
urazu, w tym złamań i amputacji (S40-S99, T91-T95, Z 89)			



3	Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu (możliwość odmowy podania informacji)		
	Osoba obcego pochodzenia	☐ TAK	☐ NIE
		☐ Odmowa	
	Osoba z krajów trzecich	☐ TAK	☐ NIE
		☐ Odmowa	
	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, w tym społeczności marginalizowanych	☐ TAK	☐ NIE
		☐ Odmowa	
Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ TAK	☐ NIE	
	☐ Odmowa		
Osoba z niepełnosprawnościami	☐ TAK	☐ NIE	
	☐ Odmowa		
4	Informacja o potrzebach specjalnych		
	pętla indukcyjna	☐	
	tłumacz PJM	☐	
	wsparcie asystenta na przykład: osoby niewidomej, osoby głuchoniewidomej, osoby z niepełnosprawnością ruchową	☐	
	obecność osoby towarzyszącej/asystenta osoby z niepełnosprawnością	☐	
	inne (proszę wskazać jakie)	☐	
5	Jestem osobą, która w okresie ostatniego miesiąca:		
	zakończyła pobyt w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia	☐ TAK	☐ NIE
	korzystała z ambulatoryjnej/dziennej opieki rehabilitacyjnej w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia	☐ TAK	☐ NIE

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że dane podane w formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje pod względem ich zgodności z prawdą. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować CMP Sp. z o.o. w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. Zostałem pouczoney o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że projekt pn. „Program Rehabilitacja 2025-2027.” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik Projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w Projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w Projekcie.

4. Oświadczam, iż **zapoznałam/em się z „Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie” i akceptuję zawarte w nim zasady i zobowiązuję się je przestrzegać.** Jednocześnie **zobowiązuje się do:**

- przestrzegania zasad uczestnictwa w Projekcie wskazanych w „Regulaminie rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie”,
- **uczestnictwa we wszystkich zaplanowanych formach wsparcia** na zasadach określonych w „Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie”,
- usprawiedliwienia ewentualnych nieobecności.

5. Oświadczam, iż wiadomym mi jest, że w ramach Projektu, **dla osób wymagających takiego wsparcia, zapewniony zostanie zwrot kosztów dojazdu** niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej oraz działań edukacyjnych z miejsca zamieszkania danego uczestnika do miejsca wykonywania usługi i z powrotem na zasadach określonych w „Regulaminie w sprawie przyznawania i dokonywania zwrotu kosztów dojazdu Uczestników projektu” i oświadczam, iż **jestem/ nie jestem*** osobą wymagającą takiego wsparcia, którego brak uniemożliwi mi udział w Projekcie.

6. Oświadczam, iż wiadomym mi jest, że w ramach Projektu, **dla osób wymagających takiego wsparcia, zapewniona zostanie opieka nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub dziećmi**, którą/którymi opiekuje się Uczestnik projektu korzystający z usługi zdrowotnej i edukacyjnej, w czasie korzystania ze wsparcia na zasadach określonych w „Regulaminie zapewnienia opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub dziećmi” i oświadczam, iż **jestem/nie jestem*** osobą wymagającą takiego wsparcia, którego brak uniemożliwi mi udział w Projekcie.

7. Oświadczam, że będąc osobą bezrobotną zarejestrowaną nie uzyskującą wsparcia właściwej instytucji rynku pracy, **otrzymałem informację o możliwości uzyskania wsparcia w projektach z zakresu aktywizacji zawodowej realizowanych w ramach FEM 2021-2027**



7. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych niezbędnych do realizacji w/w projektu (podstawa prawna art. 4 pkt. 11, art. 5 ust. 1 lit. b) 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 (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04 maja 2016 r., s. 1).

8. Oświadczam, iż spełniam wszystkie formalne kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w projekcie.

9. Dobrowolnie zgłaszam chęć uczestnictwa w Projekcie.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA
PROJEKTU

*** niewłaściwe skreślić**