**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

do projektu pn. „Rehabilitacja lecznicza w powiecie piotrkowskim” nr RPLD.10.03.01-10-A005/22 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:** | Data ….………….…..r. 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: 7. w biurze Projektu: ul. Sportowa 32/34 97-320 Wolbórz lub 8. w Przychodni Rodzinnej w Grabicy – pod adresem Grabica 55, 97-306 Grabica    * + osobiście – od poniedziałku do piątku w godzinach: 8.00 – 15.30,      + za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub kurierem,      + elektronicznie - na adres: [recepcja@amicusmed.pl](mailto:recepcja@amicusmed.pl), [grabica@przychodnierodzinne.pl](mailto:grabica@przychodnierodzinne.pl) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I** | | | **DANE PERSONALNE** | | | | | |
|  | | | Imię |  | | | | |
|  | | | Nazwisko |  | | | | |
|  | | | PESEL |  | | | | |
|  | | | Data urodzenia |  | Wiek | | |  |
|  | | | Płeć | ❒ kobieta ❒ mężczyzna | | | | |
|  | | | Wykształcenie: |  | | | | |
|  | | | ❒ niższe niż podstawowe | ❒ policealne | | | | |
|  | | | ❒ podstawowe | ❒ ponadgimnazjalne | | | | |
|  | | | ❒ gimnazjalne | ❒ wyższe | | | | |
| **II** | | | **ADRES ZAMIESZKANIA** | | | | | |
|  | | | Ulica |  | | | | |
|  | | | Nr domu |  | | | | |
|  | | | Nr lokalu |  | | | | |
|  | | | Kod pocztowy |  | | | | |
|  | | | Miejscowość |  | | | | |
|  | | | Gmina |  | | | | |
|  | | | Powiat |  | | | | |
|  | | | Województwo |  | | | | |
| **III** | | | **DANE KONTAKTOWE** | | | | | |
|  | | | Telefon stacjonarny |  | | | | |
|  | | | Telefon komórkowy |  | | | | |
|  | | | Adres poczty elektronicznej (e-mail) |  | | | | |
| **IV** | | | **ADRES DO KORESPONDECJI (należy wypełnić jedynie, gdy korespondencja powinna być kierowana na inny adres niż wskazany powyżej)** | | | | | |
|  | | | Ulica |  | | | | |
|  | | | Nr domu |  | | | | |
|  | | | Nr lokalu |  | | | | |
|  | | | Kod pocztowy |  | | | | |
|  | | | Miejscowość |  | | | | |
| **V** | | | **STATUS KANDYDATA** | | | | | |
|  | | | Status zawodowy na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu | 1) ❒ osoba bezrobotna zarejestrowana jako bezrobotna  w powiatowym urzędzie pracy  2) ❒ osoba bezrobotna niezarejestrowana w powiatowym  urzędzie pracy ale pozostająca bez pracy, gotowa do jej  podjęcia i aktywnie jej poszukująca  3) ❒ osoba bierna zawodowo (niepracująca i nieposzukująca  pracy)  4) ❒ osoba pracująca | | | | |
| 4a | | | Zawód |  | | | | |
| 4b | | | Miejsce pracy |  | | | | |
|  | | | Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu | ❒ osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej,  migrant osoba obcego pochodzenia  ❒ osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu  do mieszkań  ❒ **osoba z niepełnosprawnościami**  ❒ osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez  osób pracujących  ❒ w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi  pozostającymi na utrzymaniu  ❒ osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej  osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu  ❒ osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej ( innej  niż wymienione powyżej ) | | | | |
| **VI** | | | **OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI**  **I PRZYSTĄPIENIU DO PROJEKTU** | | | | | |
| Ja niżej podpisany/na deklaruję przystąpienie do udziału w projekcie pn. „Rehabilitacja lecznicza w powiecie piotrkowskim”, realizowanego przez Amicus-Med R.W. Szymańscy Sp. J. z siedzibą przy ul. Sportowej 32/34 Wolbórz 97-320 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 i oświadczam, że spełniam poniższe kryteria: | | | | | | | | |
| 1.**SPEŁNIENIE KRYTERIÓW UDZIAŁU** | | | | | | | |
| **Wiek** - powyżej 50 roku życia | | | | | TAK  NIE | | |
| **Miejsce zamieszkania -** na terenie województwa łódzkiego – powiat piotrkowski / Piotrków Trybunalski | | | | | TAK  NIE | | |
| **Zdiagnozowana choroba układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej** | | | | | TAK  NIE | | |
| **Stan zdrowia -** umożliwiający podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym | | | | | TAK  NIE | | |
| 2.**SPEŁNIENIE KRYTERIÓW PREMIUJĄCYCH** | | | | | | | | |
| **kobieta** (+1 pkt) | | | | | TAK  NIE | | | |
| **osoba narażona na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub rokująca na powrót na rynek pracy w wyniku udzielanych świadczeń zdrowotnych** | | | | | TAK  NIE | | | |

Oświadczenie:

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Rehabilitacja lecznicza w powiecie piotrkowskim” 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\**

Załączniki do Formularza rekrutacyjnego:

1. oświadczenie RODO
2. oświadczenie o niekorzystaniu ze świadczeń finansowanych z innych środków publicznych