**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

do projektu pn. „Nie ma co siedzieć! Program rehabilitacji osób z chorobami grzbietu i kręgosłupa” nr RPLD.10.03.01-10-A022/21 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:** | 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 Amicus-Med w Będkowie - ul. Reymonta 5, 97-319 Będków lub
9. w Gminnym Ośrodku Zdrowia w Gorzkowicach, ul. Kwiatowa 4:
	* + osobiście – od poniedziałku do piątku w godzinach: 8.00 – 15.30,
		+ za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub kurierem,
		+ elektronicznie - na adres: recepcja@amicusmed.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 poszukująca3) ❒ 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. „Nie ma co siedzieć! Program rehabilitacji osób z chorobami grzbietu i kręgosłupa”, 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 15 roku życia | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| **Miejsce zamieszkania -** na terenie województwa łódzkiego – powiat tomaszowski i piotrkowski | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| **Zdiagnozowana choroba układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej we wskazanej kategorii** – diagnoza potwierdzona dokumentacją medyczną nie starszą niż 1 rok | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| ❒ M47 Spondyloza ❒ M48 Inne choroby kręgosłupa❒ M49 Spondylopatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej❒ M50 Choroby krążków międzykręgowych szyjnych ❒ M51 Inne choroby krążka międzykręgowego, ❒ M53 Inne choroby grzbietu, niesklasyfikowane gdzie indziej ❒ M54 Bóle grzbietu |
| **Stan zdrowia -** umożliwiający podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| 2.**SPEŁNIENIE KRYTERIÓW PREMIUJĄCYCH** |
| **osoba w wieku 50 lat lub więcej** (+2 pkt) | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| **kobieta** (+2 pkt) | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| **osoba wykonująca pracę siedzącą** (+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. „Nie ma co siedzieć! Program rehabilitacji osób z chorobami 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)