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

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

do projektu nr FELD.08.04-IZ.00-0033/24 pt. „Zdrowiej pracowniku! Program rehabilitacji dla aktywnych zawodowo!” realizowanego w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, Priorytet 8 Fundusze europejskie dla edukacji i kadr w Łódzkiem, Działanie FELD.08.04 Zdrowy pracownik.

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO KANDYDATA/TKI** |  |
| **Data i godzina przyjęcia:** | Data ….………….…..r. godz.………… |
| *Potwierdzam weryfikację tożsamości/wieku/obywatelstwa kandydata/tki na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości*  *…………………………………………..*  *podpis osoby przyjmującej formularz* | |

|  |
| --- |
| **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:   w Biurze Projektu: w Przychodni Amicus-Med w Będkowie przy ul.  Reymonta 5, 97-319.   * osobiście – od poniedziałku do piątku w godzinach: 9.00 – 18.00,   + - 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: | | | | | | | | | |
|  | | ❒ średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) | | | | | | | | | |
| ❒ ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) | | | | | | | | | |
| ❒ wyższe (ISCED 5-8) | | | | | | | | | |
| **II** | | **ADRES ZAMIESZKANIA** | | | | | | | | | |
|  | | Ulica | | | |  | | | | | |
|  | | Nr domu | | | |  | | | | | |
|  | | Nr lokalu | | | |  | | | | | |
|  | | Kod pocztowy | | | |  | | | | | |
|  | | Miejscowość | | | |  | | | | | |
|  | | Gmina | | | |  | | | | | |
|  | | Powiat | | | |  | | | | | |
|  | | Województwo | | | |  | | | | | |
| Na potwierdzenie miejsca zamieszkania należy załączyć:   * deklarację PIT/ zaświadczenie z urzędu gminy potwierdzające miejsce zamieszkania * zaświadczenie ze szkoły/uczelni (z adresem miejsca nauki) * zaświadczenie o zatrudnieniu (z adresem miejsca pracy) | | | | | | | | | | | |
| **III** | | | **DANE KONTAKTOWE** | | | | | | | | |
|  | | | Telefon | | |  | | | | | |
|  | | | Adres 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 na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | | 1) ❒ osoba pracująca  2) ❒ osoba bezrobotna zarejestrowana jako bezrobotna w  powiatowym urzędzie pracy, w tym  ❒  osoba długotrwale bezrobotna (ponad 12 miesięcy w  ciągu ostatnich 2 lat)  ❒  korzystam ze wsparcia instytucji rynku pracy w  zakresie aktywizacji zawodowej | | | | | | |
| Na potwierdzenie statusu na rynku pracy należy załączyć:  1.osoby pracujące:   * zaświadczenie o zatrudnieniu od pracodawcy/zleceniodawcy * wydruk z CEIDG/KRS * potwierdzenie opłaty składek do ZUS/KRUS/zaświadczenie z gminy o prowadzeniu gospodarstwa rolnego   2.osoby zarejestrowane jako bezrobotne:   * zaświadczenie z pup o statusie bezrobotnego | | | | | | | | | | | |
|  | | | Status w chwili przystąpienia do projektu | 1. ❒ osoba z niepełnosprawnościami 2. ❒ obywatel państwa trzeciego 3. ❒ osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem   z dostępu do mieszkań 4. ❒ osoba należąca do mniejszości narodowej lub   etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej) 5. ❒ osoba obcego pochodzenia | | | | | | | |
| Jeśli w pkt. 23 zaznaczono odpowiedź należy dołączyć kserokopię odpowiednich dokumentów potwierdzających status np.:   1. orzeczenia o stopniu niepełnosprawności /legitymację osoby z niepełnosprawnością /inny dokument potwierdzający niepełnosprawność; 2. dokumentów wymienionych w ustawie z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, notatka służbowa potwierdzająca weryfikację legalności pobytu na podstawie przedstawionego dokumentu, np. Diia.pl; 3. zaświadczenia od właściwej instytucji, wyroku sądowego, pisma ze spółdzielni o zadłużeniu; 4. dokumentu potwierdzającego przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej 5. karty pobytu | | | | | | | | | | | |
| **VI. SZCZEGÓLNE POTRZEBY**  Czy w związku z uczestnictwem w projekcie masz szczególne potrzeby wynikające z Twojego stanu zdrowia/sytuacji osobistej/innej? | | | | | | | | | | | |
| ❒ NIE | | | | | | | | | | | |
| ❒ TAK (jakie?) | | | | | | | | | | | |
| **VII** | | | **OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI**  **I PRZYSTĄPIENIU DO PROJEKTU** | | | | | | | | |
| Ja niżej podpisany/na deklaruję przystąpienie do udziału w projekcie pn. „Zdrowiej pracowniku! Program rehabilitacji dla aktywnych zawodowo”, realizowanym przez Amicus-Med. R.W. Szymańscy Spółkę Jawną z siedzibą w Wolborzu przy ul. Sportowej 32/34, 97-320 w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027 i oświadczam, że spełniam poniższe kryteria udziału w projekcie: | | | | | | | | | | | |
| 1. **KRYTERIA FORMALNE** | | | | | | | | | | | |
| **Wiek** - powyżej 18 roku życia | | | | | | | | TAK  NIE | | | |
| **Miejsce zamieszkania -** na terenie województwa łódzkiego, powiat piotrkowski, Piotrków Trybunalski, tomaszowski, łódzki wschodni | | | | | | | | TAK  NIE | | | |
| **Status** osoby pracującej albo bezrobotnej zarejestrowanej | | | | | | | | TAK  NIE | | | |
| **Zdiagnozowana choroba** układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej w minimum jednej ze wskazanych kategorii**:** M15, M16, M17, M19, M40, M41, M47, M48, M49, M50, M51, M53, M54, M70, M75, M76, M77, M95 | | | | | | | | TAK  NIE | | | |
| Diagnoza potwierdzona dokumentacją medyczną niestarszą niż 12mies – wyłącznie:   * wyniki badań obrazowych i neurofizjologicznych oraz (ewentualnie dodatkowo) zaświadczenie lek. * odpisy dokumentacji leczenia ambulatoryjnego * karty informacyjne leczenia szpitalnego | | | | | | | | | | | |
| **Stan zdrowia -** umożliwiający podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym | | | | | | | | TAK  NIE | | | |
| **Zgoda** na udział w Programie | | | | | | | | TAK  NIE | | | |
| **Niekorzystanie** w ciągu ostatnich 6 miesięcy z tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania z innych środków publicznych (załącznik 1) | | | | | | | | TAK  NIE | | | |
| 2. **KRYTERIA FORMALNE DODATKOWE (PREFERENCYJNE)** | | | | | | | | | | Liczba punktów | |
| osoba w wieku 50 lat lub więcej / wg dokumentu tożsamości | | | | | | | TAK | | | 2 | |
| kobieta / wg oświadczenia w niniejszym Formularzu | | | | | | | TAK | | | 2 | |
| osoba powracająca do pracy po długotrwałym zwolnieniu lekarskim (powyżej 30 dni) / ponownie wracająca na  rynek pracy po długotrwałej niezdolności do pracy /wg np. druku e-ZLA | | | | | | | TAK | | | 3 | |
| osoba z niepełnosprawnością / wg orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, legitymacji OzN/innych dokumentów | | | | | | | TAK | | | 2 | |
| SUMA | | | | | | | | | | /9 | |

Oświadczenie:

W związku z przystąpieniem do projektu oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie i akceptuję jego treść,
2. jestem świadomy/a, że złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie,
3. dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
4. jestem świadomy/a, iż w razie złożenia przeze mnie oświadczenia niezgodnego z prawdą, skutkującego po stronie Beneficjenta obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na sfinansowanie mojego udziału w projekcie, Beneficjent będzie miał prawo dochodzić ode mnie roszczeń na drodze cywilnoprawnej.

Będków, …………………………..………………. …………………………..……………….

*(miejscowość, data) podpis - imię i nazwisko Kandydata/ki\**

|  |
| --- |
|  |

**Klauzula informacyjna RODO dla uczestnika indywidualnego projektu**

Szanowna/y Pani/Panie,

zgodnie z art. 14 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 (dalej zwane „RODO”) uprzejmie informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zarząd Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051, al. Piłsudskiego 8, tel.: 42 663 30 00, e-mail: [info@lodzkie.pl](mailto:info@lodzkie.pl)

2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować w sprawie przetwarzania danych osobowych pisząc na adres e-mail: [iod@lodzkie.pl](mailto:iod@lodzkie.pl) lub na adres siedziby administratora.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:

realizacji projektu i jego rozliczenia, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, a także w celach archiwizacyjnych.

1. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w szczególności jest:

- art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO (w przypadku danych zwykłych) oraz art. 9 ust. 2 lit. g-j RODO w związku z:

* Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej;
* Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;
* ustawą z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027;
* ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

1. Przetwarzane dane to:

Imię, nazwisko, obywatelstwo, PESEL/inny identyfikator, płeć, wiek, wykształcenie, adres, obszar według stopnia urbanizacji (DEGURBA), numer telefonu, adres e-mail, status na runku pracy, planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia, data rozpoczęcia udziału we wsparciu, data zakończenia udziału we wsparciu, data założenia działalności gospodarczej, sytuacja po zakończeniu udziału w projekcie, status uczestnika (przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantów, obce pochodzenie, bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe, niepełnosprawność), dane dotyczące zdrowia (w zależności od projektu).

1. Źródło Pani/Pana danych: Dane pozyskujemy bezpośrednio od osób, których one dotyczą, albo od instytucji i podmiotów zaangażowanych w realizację Programu, w tym w szczególności od Beneficjenta i Partnera.
2. Odbiorcami/kategoriami odbiorców Pani/Pana danych osobowych będą:

* Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego;
* podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu;
* podmioty, wykonujące dla IZ FEŁ2027 usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności (np. dostawcy rozwiązań IT i operatorzy telekomunikacyjni), operatorzy pocztowi, firmy kurierskie;
* podmioty dokonujące badań, kontroli, audytu, ewaluacji na zlecenie IZ FEŁ2027 w związku z realizacją programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.

1. Dane będą przechowywane przez okres:

5 lat od dnia 31 grudnia roku, w którym IZ FEŁ2027 dokonała ostatniej płatności na rzecz Beneficjenta. Okres, o którym mowa w zdaniu pierwszym, zostaje wstrzymany w przypadku wszczęcia postępowania prawnego albo na wniosek Komisji Europejskiej. Dokumenty dotyczące pomocy publicznej udzielanej w ramach projektu przechowywane będą przez 10 lat, licząc od dnia jej przyznania, o ile projekt dotyczy pomocy publicznej.

1. Posiada Pani/Pan prawo do:

* dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
* sprostowania (poprawiania) swoich danych, jeśli są błędne lub nieaktualne;
* usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadku wystąpienia przesłanek określonych w art. 17 i 18 RODO;
* wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w przypadku wystąpienia przesłanek, o których mowa w art. 21 RODO;
* przenoszenia swoich danych osobowych w sytuacji, w której przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, jeśli jej stroną jest osoba, której dane dotyczą – art. 6. ust. 1 lit. b) RODO i jednocześnie przetwarzanieodbywa się w sposób zautomatyzowany[[1]](#footnote-1);
* wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych Adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2 00-193 Warszawa.

1. Jeśli dotyczy [↑](#footnote-ref-1)