*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 pracująca2) ❒ 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 narynek 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

2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować w sprawie przetwarzania danych osobowych pisząc na adres e-mail: 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)