# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

*Ja, niżej podpisana/y:*

*…………………………………………………………………………….…………………….… (imię i nazwisko)*

## *deklaruję chęć udziału w projekcie jako*

* Pacjent DDOM
* Opiekun/rodzina pacjenta DDOM

*w ramach projektu pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej "ZACISZE" współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020 9 Osi Priorytetowej Region spójny społecznie,*

*Działania 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne w regionie*

*Nr projektu RPMP.09.02.01-12-0013/18*

## *Prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie,*

***drukowanymi literami lub komputerowo odpowiadając na wszystkie pytania.***

|  |
| --- |
| Dane uczestniczki/uczestnika: |
| 1 | Kraj |  |
| 2 | Imię |  |
| 3 | Nazwisko |  |
| 4 | PESEL |  |
| 5 | Brak PESELU |  | Tak |
| 6 | Płeć |  | Kobieta Mężczyzna |
| 7 | Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| 8 | Wykształcenie: |  | gimnazjalne,niższe niż podstawowe, podstawowe, policealne, ponadgimnazjalne,wyższe |
| Dane kontaktowe: |
| 1. | Województwo |  |
| 2. | Powiat |  |
| 3. | Gmina |  |
| 4. | Miejscowość |  |
| 5. | Ulica |  |
| 6. | Nr budynku |  |
| 7. | Nr lokalu |  |
| 8. | Kod pocztowy |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 9. | Telefon kontaktowy |  |
| 10. | 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:
	+ inne
	+ osoba ucząca się
	+ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
 |
| * osoba pracująca w tym:
	+ osoba pracująca w administracji rządzowej
	+ osoba pracująca w administracji samorządowej
	+ inne
	+ osoba pracująca w MMŚP (Mikro, Małe Średnie Przedsiębiorstwo)
	+ osoba pracująca w organizacji pozarządowej
	+ osoba prowadząca działalność na własny rachunek
	+ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2 | Wykonywany zawód INF DODATKOWA:wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu„osoba pracująca” | * inny
* instruktor praktyczne nauki zawodu
* nauczyciel kształcenia ogólnego
* nauczyciel wychowania przedszkolnego
* pracownik kształcenia zawodowego
* pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
* kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
* pracownik instytucji rynku pracy
* pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
* pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
* pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
* pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej
* rolnik
 |
| 3 | Zatrudniony w:INF DODATKOWA:wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu„osoba pracujaca” | Nazwa:……………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………… Adres:……………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4. | Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia* Nie
* Odmowa podania informacji
* Tak

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań* Tak
* Nie

Osoba z niepełnosprawnościami* Nie
* Odmowa podania informacji
* Tak

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)* Nie
* Odmowa podania informacji
* Tak
 |

**Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że dane podane w formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. **Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych**. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować ZAKŁAD PIELEGNACYJNO - OPIEKUNCZY "ZACISZE" PIELEGNIARKI I POŁOZNE EWA STANEK, BOZENA MITKA SPÓŁKA PARTNERSKA w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. **Zostałem pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.**
2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y że projekt pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej "ZACISZE" **jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.**
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 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
1. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych niezbędnych do realizacji w/w projektu (podstawa prawna art. 4 pkt.11, art.5 ust.1li.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) .
2. Oświadczam, iż spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w projekcie.
3. Dobrowolnie zgłaszam chęć uczestnictwa w Projekcie.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU* |