|  |  |
| --- | --- |
| **Data przyjęcia formularza** |  |
| **Godzina przyjęcia formularza** |  |
| **Podpis osoby przyjmującej formularz** |  |

Formularz Zgłoszeniowy do udziału w projekcie ***Eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka wśród pracowników Domu Pomocy Społecznej nr 1 oraz Domu Pomocy Społecznej nr 2 w Sosnowcu*** RPSL.08.03.02-24-009A/22

**DLA PRACOWNIKÓW NA STANOWISKACH OPIEKUŃCZO-MEDYCZNYCH**

1. Formularz należy wypełnić w sposób elektroniczny lub ręczny drukowanymi literami oraz podpisać w wyznaczonym miejscu.
2. Należy uzupełnić wszystkie rubryki, jeśli pytanie nie dotyczy kandydata prosimy wpisać adnotację „nie dotyczy”.
3. Wybraną odpowiedź w pytaniach zamkniętych należy zaznaczyć symbolem „x” (możliwe więcej niż jedno zaznaczenie w pkt 14).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane uczestnika** | 1 | **Imię** |  | | | | | | | | | | |
| 2 | **Nazwisko** |  | | | | | | | | | | |
| 3 | **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4  5 | **Wykształcenie (zaznaczyć właściwe)** | | | | | | | | | | | |
| podstawowe  ponadgimnazjalne  średnie  wyższe | | | | | | | | | | | |
| **Dane kontaktowe uczestnika** | 6 | **Gmina** | | | |  | | | | | | | |
| 7 | **Miejscowość** | | | |  | | | | | | | |
| 8 | **Ulica** | | | |  | | | | | | | |
| 9 | **Nr budynku** | | | |  | | | | | | | |
| 10 | **Nr lokalu** | | | |  | | | | | | | |
| 11 | **Kod pocztowy** | | | |  | | | | | | | |
| 12 | **Telefon kontaktowy** | | | |  | | | | | | | |
| 13 | **Adres e-mail** | | | |  | | | | | | | |
| **Czynniki uciążliwe występujące na stanowisku pracy pracowników robotniczych** | 14 | dolegliwości bólowe kręgosłupa □  dolegliwości bólowe rąk □  dolegliwości bólowe nóg □  przenoszenie ciężarów □ | | | | | | | | | | | |
| **Kryteria premiujące** | 15 | **Osoba z niepełnosprawnościami (zaznaczyć właściwe)** | | | | | | | | | | | |
| Tak □ Nie □ | | | | | | | | | | | |
| 16 | **Osoba w wieku 50+** | | | | | | | | | | | |
| Tak □ Nie □ | | | | | | | | | | | |
| Ja niżej podpisany/a pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:   1. Wyrażam wolę uczestniczenia w projekcie „Eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka wśród pracowników Domu Pomocy Społecznej nr 1 oraz Domu Pomocy Społecznej nr 2 w Sosnowcu” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020. 2. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w ww. projekcie, 3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem projektu i akceptuję jego warunki. 4. Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. 5. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego 6. Oświadczam, iż zostałem poinformowany o możliwości używania i rozpowszechniania mojego wizerunku/wypowiedzi przez realizatorów projektu dla celów działań informacyjno-promocyjnych związanych z realizacją Projektu na stronie internetowej projektu oraz w materiałach promocyjnych. | | | | | | | | | | | | | |

Miejscowość, data Czytelny podpis kandydata

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACJE WYPEŁNIA BIURO PROJEKTU** | |
| **Ilość przyznanych punktów** |  |
| **Osoba zakwalifikowana do udziału w projekcie** | □ Tak □ Nie |
| **Podpisy członków Komisji Rekrutacyjnej** |  |