

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Projekt pn. „W drodze do samodzielności - rozwój usług zdrowotnych świadczonych w lokalnej społeczności w powiecie gliwickim”

Nr projektu: WND-RPSL.09.02.06-24-0556/18

Lp.		Nazwa	Dane Kandydata/ki																				
I	Dane podstawowe	Imię (imiona)																					
		Nazwisko																					
		Data i miejsce urodzenia																					
		Płeć ¹	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna																				
		PESEL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>																				
Wykształcenie ²	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej - wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe) <input type="checkbox"/> pomaturalne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) <input type="checkbox"/> wyższe (pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym)																						
II	Adres zamieszkania ³	Ulica																					
		Nr domu/nr lokalu																					
		Kod pocztowy																					
		Miejscowość																					
		Gmina																					
		Powiat																					
		Województwo																					
III	Dane kontaktowe	Telefon stacjonarny lub komórkowy																					

¹ Należy zaznaczyć właściwy

² Należy zaznaczyć właściwy

³ Zgodnie z Rozdział II Art. 25. Kodeksy Cywilnego „Miejsem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.

	Adres poczty elektronicznej (e-mail)		
	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)		
IV	Status – Uczestnika/-czki	TAK	NIE
	Jestem osobą w grupie wiekowej 18 - 65		
	Jestem osobą w grupie wiekowej 65+		
	Jestem mieszkańcem powiatu gliwickiego		
	Zamieszkuję w jednoosobowym gospodarstwie domowym		
	Mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego zgodnie z ust. z dn. 12.03.2004 r. o pomocy społ.		
	Posiadam diagnozę lekarza psychiatry lub jestem po leczeniu szpitalnym na oddziale o profilu psychiatrycznym i/lub jestem osobą po leczeniu w formie stacjonarnej i/lub jestem osobą zagrożoną hospitalizacją, wykazującą objawy zaburzeń psychicznych – na podstawie badania lekarskiego (wg ICD-10)		
	Nie biorę udziału w innym analogicznym projekcie finansowanym z EFS u innego Beneficjenta.		
	Jestem osobą z niepełnosprawnościami (przysługuje prawo do odmowy podania informacji)		
	Jestem osobą należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osobą obcego pochodzenia (przysługuje prawo do odmowy podania informacji)		
	Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań		
	Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (przysługuje prawo do odmowy podania informacji)		
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć właściwe pole)	<input type="checkbox"/> osoba pracująca – jeżeli dotyczy należy wypełnić poniższe pola: Miejsce Pracy Zawód <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo – jeżeli dotyczy należy wypełnić poniższe pola: Osoba ucząca się - TAK / NIE Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu - TAK / NIE		

		<p><input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy – jeżeli dotyczy należy wypełnić poniższe pola: Osoba długotrwale bezrobotna - TAK / NIE Inne - TAK / NIE</p> <p><input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy – jeżeli dotyczy należy wypełnić poniższe pola: Osoba długotrwale bezrobotna - TAK / NIE Inne - TAK / NIE</p>
--	--	--

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.

.....
*CZYTELNY PODPIS
UCZESTNIKA PROJEKTU***