



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

FORMULARZ REKRUTACYJNY

do projektu nr FELD.08.04-IZ.00-0017/25 pt. „Rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców województwa łódzkiego” realizowanego w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, Priorytet FELD.08 Fundusze europejskie dla edukacji i kadr w Łódzkiem, Działanie FELD.08.04 Zdrowy pracownik.

IMIĘ I NAZWISKO KANDYDATA/TKI	
Data przyjęcia:	Data
<i>Potwierdzam weryfikację tożsamości / wieku / obywatelstwa kandydata/tki na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości</i>	
..... <i>podpis osoby przyjmującej formularz</i>	

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: ul. Bracka 54, 95-200 Pabianice
 - osobiście – od poniedziałku do piątku w godzinach: 8.00 – 16.00
 - za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub kurierem,
 - elektronicznie - na adres: rejestracja@pazare.pl



I DANE PERSONALNE			
1.	Imię		
2.	Nazwisko		
3.	PESEL		
4.	Data urodzenia		Wiek
5.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
6.	Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec	
7.	Wykształcenie:		
	<input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)		
	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)		
	<input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)		
II ADRES ZAMIESZKANIA			
8.	Ulica		
9.	Nr domu		
10.	Nr lokalu		
11.	Kod pocztowy		
12.	Miejscowość		
13.	Gmina		
14.	Powiat		
15.	Województwo		
III DANE KONTAKTOWE			
16.	Telefon		
17.	Adres e-mail		



IV	ADRES DO KORESPONDECJI (należy wypełnić jedynie, gdy korespondencja powinna być kierowana na inny adres niż wskazany powyżej)	
18.	Ulica	
19.	Nr domu	
20.	Nr lokalu	
21.	Kod pocztowy	
22.	Miejscowość	
V	STATUS KANDYDATA	
23.	Pochodzenie	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> UE <input type="checkbox"/> poza UE
24.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> TAK
25.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
26.	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> TAK
27.	Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca, w tym: <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) <input type="checkbox"/> w administracji pozarządowej <input type="checkbox"/> w MMŚP <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> na uczelni <input type="checkbox"/> w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> w instytucie badawczym



		<input type="checkbox"/> w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> ucząca się/odbywająca szkolenie <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana jako bezrobotna w PUP, w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna (ponad 12 m-cy w ciągu ostatnich 2 lat) <input type="checkbox"/> inne
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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.: „**Rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców województwa łódzkiego**” realizowanego w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021 - 2027, Priorytet FELD.08 Fundusze europejskie dla edukacji i kadr w Łódzkiem, Działanie FELD.08.04, realizowanym przez Zakład Opieki Zdrowotnej Pazare Sp. z o.o. z siedzibą w Pabianicach przy ul. Brackiej 54 i **oświadczam, że spełniam poniższe kryteria udziału w projekcie:**

1. KRYTERIA FORMALNE

Wiek - powyżej 18 roku życia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Miejsce zamieszkania - na terenie powiatu pabianickiego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Status osoby uczącej się, pracującej albo bezrobotnej zarejestrowanej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Stan zdrowia - umożliwiający podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zgoda na udział w Programie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Niekorzystanie w ciągu ostatnich 6 miesięcy z tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania z innych środków publicznych (załącznik 1)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2. KRYTERIA FORMALNE DODATKOWE (PREFERENCYJNE)	Liczba punktów
Osoba w wieku 50 lat lub więcej / wg dokumentu tożsamości	<input type="checkbox"/> TAK 2
Kobieta / wg oświadczenia w niniejszym Formularzu	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> TAK 3
Osoba z niepełnosprawnością / wg orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, legitymacji OzN/innych dokumentów	<input type="checkbox"/> 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 Realizatora obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na sfinansowanie mojego udziału w projekcie, Realizator będzie miał prawo dochodzić ode mnie roszczeń na drodze cywilnoprawnej.

Pabianice,
(miejscowość, data)

.....
podpis - imię i nazwisko