



Załącznik nr 1 do Regulaminu Projektu

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„akTYwni – kompleksowa rehabilitacja ułatwiająca powrót do pracy” nr FEPD.07.03-IP.01-005/24

Formularz zgłoszeniowy należy opatrzyć **czytelnym podpisem** w wyznaczonym miejscu.

DANE UCZESTNIKA ¹ :																					
Imię (imiona):		Nazwisko:																			
Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	PESEL:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																		
Inny identyfikator (w przypadku braku PESEL)																					
Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> brak (brak formalnego wykształcenia) [poziom ISCED 0] <input type="checkbox"/> podstawowe [poziom ISCED 1] <input type="checkbox"/> gimnazjalne [poziom ISCED 2] <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne [poziom ISCED 3] <input type="checkbox"/> policealne [poziom ISCED 4] <input type="checkbox"/> wyższe [poziom ISCED 5]																				
Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa - obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa lub kraju UE – obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec																				
Kraj		Województwo:																			
Powiat:		Gmina:																			
Miejscowość:		Kod pocztowy:	__ - __ - __																		
ulica		nr domu / nr lokalu																			
Telefon kontaktowy:		e-mail:																			
Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie																			
Obywatel państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie																			
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji																		
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie																			
Osoba z niepełnosprawnościami (jeśli TAK – dołączyć orzeczenie lub dokument równoważny)	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji																		
Specjalne potrzeby Uczestnika związane z niepełnosprawnością:																					

¹ Uczestnik projektu, do momentu rozpoczęcia udziału w projekcie, pozostaje Kandydatem. Podanie danych jest dobrowolne, jednak odmowa ich podania oznacza brak możliwości przystąpienia do Projektu

**STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:**

Status na rynku pracy: UWAGA: dołączyć dokumenty potwierdzające posiadanie danego statusu (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/> osoba niepracująca, w tym:		
	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo w tym: <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się/odbywająca kształcenie <input type="checkbox"/> inne	
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca (w tym także przebywająca na urlopie macierzyńskim, rodzicielskim, wychowawczym)		
	w tym: <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> administracji rządowej <input type="checkbox"/> administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) <input type="checkbox"/> organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> MMŚP <input type="checkbox"/> dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> podmiocie wykonującym działalność leczniczą	<input type="checkbox"/> szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> na uczelni <input type="checkbox"/> w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> instytucie badawczym	<input type="checkbox"/> instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> 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
Adres miejsca pracy:			
Województwo		Miejscowość:	
Powiat		ulica, nr domu/lok	
Gmina		Kod pocztowy:	__ - __ - __ - __

- Świadoma/-y odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe. Deklaruję gotowość przystąpienia do projektu.
- Oświadczam, że zapoznałam się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie dostępnym na stronie www.onkologia.bialystok.pl i akceptuję zapisy w nim zawarte.
- Oświadczam, że zapoznałam się z obowiązkiem informacyjnym Administratora w zakresie przetwarzania moich danych osobowych na etapie rekrutacji, który jest dostępny na stronie internetowej www.onkologia.bialystok.pl
- W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w projekcie nie będę wnosił/a żadnych zastrzeżeń ani roszczeń do Realizatorów projektu.
- Oświadczam, że zgłaszam z własnej inicjatywy chęć udziału w projekcie „akTYwni – kompleksowa rehabilitacja ułatwiająca powrót do pracy” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach EFS+ realizowanego przez Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Białymstoku.
- Oświadczam, że zostałam/taam poinformowany/na, że projekt jest Programu Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021-2027 współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus. Działanie 7.3 Rozwój kadr regionalnej gospodarki. Priorytet VII Fundusze na rzecz zatrudnienia i kształcenia osób dorosłych. Projekt współfinansowany ze środków UE w ramach EFS+.
- Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
- Zostałam/am poinformowany/a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału.



- Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia.
- Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w FORMULARZU ZGŁOSZENIOWYM dla potrzeb niezbędnych do realizacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązywania się przez Realizatora projektu z obowiązków sprawozdawczych wobec Instytucji Pośredniczącej.
- Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/na o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych przez Realizatorów projektu oraz Instytucję Pośredniczącą.
- Potwierdzam zapoznanie się z informacjami wynikającymi z art. 13 i 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

WRAZ Z FORMULARZEM ZGŁOSZENIOWYM PRZEDKŁADAM²:

- TAK / NIE** zaświadczenie z PUP o statusie osoby bezrobotnej,
- TAK / NIE** zaświadczenie z ZUS (załącznik nr 6) lub potwierdzenie wygenerowane z Platformy Usług Elektronicznych ZUS, potwierdzające status osoby bezrobotnej
- TAK / NIE** zaświadczenie o zatrudnieniu (załącznik nr 5) lub inne zaświadczenie potwierdzające zatrudnienie na obszarze woj. Podlaskiego (np. CEIDG/KRS)
- TAK / NIE** dokumentacja medyczna, dotycząca schorzenia z powodu którego uczestnik projektu wymaga rehabilitacji – do wglądu

.....
Miejscowość, data.....
czytelny podpis uczestnika**WYPEŁNIA REKRUTER:**

Liczba przyznanych punktów:	<input type="checkbox"/> osoba powyżej 50 r.ż. – 5 pkt.	Razem:
Data wpływu formularza:	Potwierdzam poprawność i kompletność formularza i dokumentów. Podpis:	

² zaznaczyć jeśli dotyczy