



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

Projekt pn.: „W zdrowiu i ergonomii” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego +

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „W zdrowiu i ergonomii”

Formularz zgłoszeniowy do projektu

Data i godzina wpływu, pieczęta Wydziału przyjmującego formularz

I. Dane osobowe uczestnika/uczestniczki projektu

Lp.	Nazwa	
1	Imię	
2	Nazwisko	
3	Obywatelstwo	☐ Obywatelstwo polskie ☐ Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE ☐ Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec
4	Rodzaj uczestnika	☐ pracownik administracyjno - biurowy ☐ pracownik techniczny i pomocniczy (portier, rzemieślnik, kierowca, sprzątaczką)
5	PESEL	
6	Płeć	☐ kobieta ☐ mężczyzna
7	Wykształcenie	☐ Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) ☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) ☐ Wyższe (ISCED 5-8)



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

Projekt pn.: „W zdrowiu i ergonomii” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego +

	Adres zamieszkania i dane kontaktowe uczestnika	
8	Kraj	
9	Województwo	
10	Powiat	
11	Gmina	
12	Miejscowość	
13	Kod pocztowy	
14	Ulica	
15	Nr budynku	
16	Nr lokalu	
17	Telefon kontaktowy - prywatny	
18	Adres e-mail - prywatny	
19	Specjalne potrzeby	☐ tak ☐ nie ☐ jeśli tak, jakie¹

¹ np. specjalne potrzeby żywieniowe, związane z dostępnością architektoniczną, dostosowanie materiałów szkoleniowych do różnych form niepełnosprawności, wyżywienie itp.



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

Projekt pn.: „W zdrowiu i ergonomii” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego +

II status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu

Lp.	Nazwa	
1	Osoba obcego pochodzenia	☐ tak ☐ nie
2	Osoba państwa trzeciego	☐ tak ☐ nie
3	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa podania informacji
4	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ tak ☐ nie
5	Osoba z niepełnosprawnościami	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa podania informacji

III. wybór formy wsparcia²

I.p.	Nazwa formy wsparcia	wybór wsparcia (należy zaznaczyć X)
1	Szkolenie z zakresu walki ze stresem związanym z miejscem pracy	☐
2	Warsztaty z zakresu „Zaburzenia narządu ruchu związane z pracą biurową a odpowiednio dobrana aktywność fizyczna i ćwiczenia profilaktyczne na stanowisku pracy	☐
3	Wyposażenie stanowiska pracy w ergonomiczne biurko	☐
4	pakiet badań profilaktycznych - diagnostycznych w zakresie chorób kardiologicznych	☐
5	pakiet badań profilaktycznych - diagnostycznych w zakresie chorób reumatologicznych	☐

² proszę zaznaczyć nazwę formy wsparcia



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

Projekt pn.: „W zdrowiu i ergonomii” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego +

6	pakiet badań profilaktycznych - diagnostycznych w zakresie chorób neurologicznych	☐
7	pakiet badań profilaktycznych - diagnostycznych w zakresie chorób ortopedycznych	☐
8	pakiet badań profilaktycznych - diagnostycznych w zakresie chorób cukrzycowych	☐
9	pakiet badań profilaktycznych - diagnostycznych w zakresie chorób ginekologicznych	☐
10	pakiet badań profilaktycznych - diagnostycznych w zakresie chorób układu moczowo-płciowego	☐
11	pakiet badań profilaktycznych - diagnostycznych w zakresie chorób endokrynologicznych	☐

IV.

WYRAŻAM/NIE WYRAŻAM ZGODE/Y (zaznaczyć właściwe) na wykorzystanie mojego wizerunku na potrzeby realizacji przedmiotowego Projektu.

WYRAŻAM ZGODĘ na udostępnienie mojego prywatnego numeru telefonu wybranemu wykonawcy realizującemu usługę wykonania pakietów medycznych.

V. Ja niżej podpisana/y oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie oraz, że zobowiązuję się do respektowania jego zapisów.

VI. Uprowadzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis osoby zgłaszającej się do Projektu)

Decyzja komisji rekrutacyjnej:

Przyznane punkty zgodnie z kryteriami:

Lista podstawowa - rodzaj wsparcia

.....

Lista rezerwowa - rodzaj wsparcia

.....



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

Projekt pn.: „W zdrowiu i ergonomii” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego +

Odrzucono - uzasadnienie

.....

Podpisy Członków Komisji Rekrutacyjnej:

1.
2.
3.

Szczegóły wsparcia (wypełnia Komisja rekrutacyjna)



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

Projekt pn.: „W zdrowiu i ergonomii” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego +

Data rozpoczęcia udziału w projekcie:	
Data zakończenia udziału we wsparciu:	
Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie: ☐ osoba podjęła pracę/rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek ☐ osoba podjęła kształcenie lub szkolenie ☐ osoba uzyskała kwalifikacje ☐ osoba nabyła kompetencje ☐ osoba kontynuuje kształcenie ☐ osoba kontynuuje zatrudnienie ☐ osoba pracująca/prowadząca działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem/wychowaniem dziecka ☐ osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka ☐ osoba poszukuje pracy ☐ osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie ☐ sytuacja w trakcie monitorowania ☐ sytuacja społeczna osoby uległa poprawie ☐ inne	
Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa:	



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

Projekt pn.: „W zdrowiu i ergonomii” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego +

☐ TAK	☐ NIE
Rodzaj przyznanego wsparcia Zakres wsparcia: zdrowie Rodzaj przyznanego wsparcia: 1. usługa zdrowotna 2. krajowe szkolenie/kurs 3. wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy w tym: (pole puste) Data rozpoczęcia udziału we wsparciu:	