

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU*Część I – dane osobowe*

Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Data urodzenia	
Płeć	
Obywatelstwo	
Wykształcenie	
Kraj	<i>Polska</i>
Województwo	<i>małopolskie</i>
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica	
Nr budynku	
Nr lokalu	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

Część II - Status na rynku pracy

Oświadczam, że na dzień złożenia dokumentacji rekrutacyjnej jestem:

- ☐ Osobą pracującą
- ☐ Osobą bezrobotną zarejestrowaną w powiatowym urzędzie pracy

UWAGA: W celu potwierdzenia wraz z formularzem rekrutacyjnym należy złożyć jeden z poniższych dokumentów:

- zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające zatrudnienie,*
- zaświadczenie z CEIDG lub ZUS w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą,*
- zaświadczenie z KRUS w przypadku osób prowadzących gospodarstwo rolne)*
- zaświadczenie z PUP o posiadaniu statusu osoby bezrobotnej (nie - starsze niż 30 dni)*

Część III - Oświadczenie dotyczące dysfunkcji narządu ruchu

Oświadczam, że posiadam zdiagnozowaną uprzednio dysfunkcję narządu ruchu będącą

- ☐ wrodzonych zniekształceń narządu ruchu (Q65 – Q79 według klasyfikacji ICD-10);
- ☐ choroby zwyrodnieniowej stawów, w szczególności choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, stawu biodrowego, stawu kolanowego, stawu ramiennego (M47, M00 – M25);
- ☐ choroby układowej tkanki łącznej (M32 – M35);
- ☐ urazu, w tym złamań i amputacji (S40 – S99, T91 – T95, Z89).

UWAGA: W celu potwierdzenia należy przedstawić dokumentację medyczną zawierającą np. wyniki badań obrazowych i neurofizjologicznych, odpisy dokumentacji leczenia ambulatoryjnego, karty informacyjne leczenia szpitalnego, zaświadczenia lekarskie potwierdzające chorobę dotyczącą układu ruchu.

Część IV – Dane dotyczące sytuacji społecznej uczestnika

- | | |
|---|---|
| Osoba z krajów trzecich lub obcego pochodzenia | ☐ Tak ☐ Nie |
| Osoba należących do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych | ☐ Tak ☐ Nie |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | ☐ Tak ☐ Nie |
| Osoba z niepełnosprawnościami | ☐ Tak ☐ Nie |
| Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej | ☐ Tak ☐ Nie |

Część V – Zakres wnioskowanego wsparcia

Proszę zaznaczyć, z których form wsparcia chciał(a)by Pan/Pani skorzystać w ramach projektu (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź):

- ☒ Realizacja usług zdrowotnych i działań edukacyjnych zgodnie z treścią Regionalnego Programu Zdrowotnego (rehabilitacja, konsultacje, spotkania edukacyjne) (*obowiązkowe*)
- ☐ Zapewnienie opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub dziećmi, którą/którymi opiekuje się osoba korzystająca z usługi zdrowotnej, w czasie korzystania ze wsparcia
- ☐ Zapewnianie dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej/działan edukacyjnych w ramach projektu dla danej osoby z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania usługi zdrowotnej i z powrotem

.....

(data i podpis)

OŚWIADCZENIE

Dotyczące przetwarzania danych osobowych na etapie rekrutacji do projektu

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez CENTRUM AKTYWNEJ REHABILITACJI Damian Flisak w związku z prowadzoną rekrutacją do projektu „Powrót do sprawności z CENTRUM AKTYWNEJ REHABILITACJI Damian Flisak poprzez wdrożenie kompleksowego programu profilaktyki i rehabilitacji” realizowanego w ramach Funduszy Europejskich dla Małopolski 2021–2027. Dane będą przetwarzane wyłącznie na potrzeby procesu rekrutacji, realizacji i monitoringu projektu, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO). Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, ograniczenia przetwarzania, a także o prawie wycofania zgody w dowolnym momencie.

.....

(data i podpis)