|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OSOBISTY FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  uczestnika projektu pn. *Rehabilitacja osób z deficytami zdrowotnymi wywołanymi przez*  *COVID-19 w województwie opolskim – projekt pilotażowy*  *w zakresie zadania – FIZJOPROFILAKTYKA WTÓRNA*  *prosimy wypełniać DRUKOWANYMI LITERAMI, zaznaczać poprzez wstawienie znaku X w kratce.* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DANE UCZESTNIKA** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię |  | | | | | | | Nazwisko |  | | | | | | | | |
| PESEL |  | | | | | | * Brak PESEL | | | Płeć | | |  | | | Wiek |  |
| Wykształcenie | | | | Niższe niż podstawowe, Podstawowe, Gimnazjalne,  Ponadgimnazjalne, Policealne Wyższe | | | | | | | | | | | | | |
| **DANE KONTAKTOWE** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Województwo | | |  | | | Powiat | |  | | | Gmina | | | |  | | |
| Miejscowość | | |  | | | | | | Kod pocztowy | | | | |  | | | |
| Ulica | |  | | | | | | | Numer budynku | | |  | | | | Numer lokalu |  |
| Telefon kontaktowy\* | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Adres e-mail\* | | | | |  | | | | | | | | | | | | |

*\*konieczne podanie jednej z form kontaktu – numer telefonu lub adres e-mail*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SZCZEGÓŁY WSPARCIA** | | | | | | | | |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | | | | | | | | |
| * Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | | | * w tym: Osoba długotrwale bezrobotna | | | | |
| * Osoba zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | | | * w tym: Osoba długotrwale bezrobotna | | | | |
| * Osoba bierna zawodowo | | | w tym: | * Osoba ucząca się * Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | | | | |
| * Osoba pracująca | | | | * Osoba pracująca w administracji rządowej * Osoba pracująca w administracji samorządowej * Inne * Osoba pracująca w MMŚP * Osoba pracująca w organizacji pozarządowej * Osoba prowadząca działalność na własny rachunek * Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie | | | | |
| **Miejsce pracy** |  | | | | | | | |
| **Wykonywany zawód** | |  | | | | | | |
| **STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHIWLI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | | | | | | | | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | | | | | | ☐ Tak ☐ Nie | |
| ☐ Odmowa podania informacji | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | | | | | | ☐ Tak ☐ Nie |
| Osoba z niepełnosprawnościami | | | | | | ☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji | | |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej  (innej niż wymienione powyżej) | | | | | ☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji | | | |

**Oświadczenie uczestnika projektu *Rehabilitacja osób z deficytami zdrowotnymi wywołanymi***

***przez COVID-19 w województwie opolskim – projekt pilotażowy.***

|  |
| --- |
| * Oświadczam ,że w dniu w którym dokonałem/am zgłoszenia do projektu miałem/am ukończone 18 lat. * Oświadczam, że jestem mieszkańcem województwa opolskiego. * Oświadczam, że przechorowałem COVID-19. * Oświadczam, że wyrażam świadomą zgodę na udział w projekcie i akceptuję regulamin projektu. * Oświadczam, że nie jest obecnie uczestnikiem innego Programu o podobnym charakterze finansowanym ze źródeł publicznych. * Oświadczam , że będę aktywnie współpracował/a w celu poprawy stanu swojego zdrowia. * Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby realizacji projektu oraz zapoznałem/am się i akceptuję klauzulę informacyjną odnośnie przetwarzania i administrowania moimi danymi osobowymi. |

Oświadczam, że wszystkie dane wykazane w formularzu są zgodne ze stanem rzeczywistym. W związku z przystąpieniem do projektu pn. „*Rehabilitacja osób z deficytami zdrowotnymi wywołanymi przez COVID-19 w województwie opolskim – projekt pilotażowy*” realizowanego w ramach RPO WO 2014-2020 wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby projektu.

…………………….……………. ..…..……………………………..……………………………..

*data podpis pacjenta*