|  |
| --- |
| **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*