

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

### „Skoordynowane Usługi Zdrowotne dla osób z SM”

FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI A ODPOWIEDNIE POLA ZAZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

<b>Imiona i nazwisko</b>															
<b>PESEL</b>													<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> <b>Kobieta</b>	<input type="checkbox"/> <b>Mężczyzna</b>
<b>Telefon kontaktowy</b>															
<b>E-mail</b>															
<b>Miejsce zamieszkania</b>	<p><b>Ulica:</b> ..... <b>Nr domu:</b> ..... <b>Nr lokalu:</b> .....</p> <p><b>Kod pocztowy:</b> ..... <b>Miejscowość:</b> .....</p> <p><b>Powiat:</b> ..... <b>Województwo:</b> .....</p>														
<b>Wykształcenie</b>	<input type="checkbox"/> <b>niższe niż podstawowe - ISCED 0</b> <input type="checkbox"/> <b>wykształcenie PODSTAWOWE - ISCED 1</b> <input type="checkbox"/> <b>wykształcenie GIMNAZJALNE - ISCED 2</b> <input type="checkbox"/> <b>wykształcenie ZAWODOWE/PONADGIMNAZJALNE– ISCED 3</b> <input type="checkbox"/> <b>wykształcenie POLICEALNE - ISCED 4</b> <input type="checkbox"/> <b>studia krótkiego cyklu (studium pomaturalne) - ISCED 5</b> <input type="checkbox"/> <b>studia licencjackie lub ich odpowiedniki - ISCED 6</b> <input type="checkbox"/> <b>studia magisterskie lub ich odpowiedniki - ISCED 7</b> <input type="checkbox"/> <b>studia doktoranckie lub ich odpowiedniki - ISCED 8</b>														
<b>Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu</b>	<input type="checkbox"/> <b>Osoba bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy</b> <input type="checkbox"/> <b>Osoba bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy</b> <input type="checkbox"/> <b>Osoba bierna zawodowo, w tym:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba nie ucząca się</li> <li><input type="checkbox"/> osoba ucząca się</li> <li><input type="checkbox"/> inne (emerytura, renta)</li> </ul> <input type="checkbox"/> <b>Osoba pracująca, w tym:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> w administracji rządowej</li> <li><input type="checkbox"/> w administracji samorządowej</li> <li><input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej</li> <li><input type="checkbox"/> na własny rachunek</li> <li><input type="checkbox"/> w MMŚP</li> <li><input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie</li> <li><input type="checkbox"/> Rolnik</li> <li><input type="checkbox"/> Inne</li> </ul> <input type="checkbox"/> <b>Wykonywany zawód</b> .....														
	<input type="checkbox"/> <b>Zatrudniony w</b> .....														

<b>Oświadczenia</b>	<b>Oświadczam, że jestem osobą chorą na SM:</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	<b>Oświadczam, że jestem osobą mieszkającą samotnie:</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	<b>Oświadczam, że dochód miesięczny brutto na jedną osobę w moim gospodarstwie:</b> <input type="checkbox"/> nie przekracza 514 zł <input type="checkbox"/> przekracza 514 zł

**Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że:**

1. Zgłaszam chęć udziału w Projekcie „Skoordynowane Usługi Zdrowotne dla osób z SM” Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.
2. Zostałem/-am poinformowany/-a, że Projekt „Skoordynowane Usługi Zdrowotne dla osób z SM” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Poddziałania 9.2.6 Rozwój usług zdrowotnych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.
3. Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu.  
**Wraz z formularzem zgłoszeniowym należy złożyć dokument potwierdzający diagnozę SM.**
4. Oświadczam, iż zapoznałem/-am się z Regulaminem w/w projektu.
5. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
6. Zostałem/am poinformowany/a, że moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust.2 lit. g 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 – dalej: RODO)
7. Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
8. Wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku.
9. Wyrażam zgodę na powiadomienie w sytuacji wyjątkowej (interwencja lekarza, wezwanie pogotowia, zły stan zdrowotny, itp.) następującej osoby:

.....  
(imię, nazwisko, telefon, adres zamieszkania)

.....  
**/MIEJSCOWOŚĆ I DATA/**

.....  
**/CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA /**