

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

Tytuł projektu:	STOP CUKRZYCY – program profilaktyki cukrzycy typu 2 na terenie powiatu tczewskiego
Oś Priorytetowa:	5. Zatrudnienie
Działanie:	Działanie 5.4 Zdrowie na rynku pracy
Poddziałanie:	5.4.1. Zdrowie na rynku pracy – mechanizm ZIT

Wypełnia osoba zgłaszająca chęć udziału w projekcie:

W przypadku zakwalifikowania się do projektu, dane osobowe zostaną wprowadzone do aplikacji głównej centralnego systemu teleinformatycznego (SL2014). Jest to system wspierający realizację programów operacyjnych realizowanych w ramach Funduszy Europejskich 2014-2020. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

Uwaga!

Każde pole musi być uzupełnione, w przypadku braku określonej informacji należy wpisać „BRAK” lub „-”.

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU										
NAZWISKO										
IMIE/IMIONA										
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> mężczyzna					<input type="checkbox"/> kobieta				
PESEL										
WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe									
WYKONYWANY ZAWÓD	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inny									
MIEJSCE ZATRUDNIENIA										

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba pracująca
NALEŻY WYPEŁNIĆ PRZYPADKU WYBRANIA WARTOŚCI „OSOBA PRACUJĄCA”	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne

DANE KONTAKTOWE – MIEJSCE ZAMIESZKANIA	
Ulica	
Nr budynku/lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Kraj	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Telefon kontaktowy	
e-mail	

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI ZGŁOSZENIA SIĘ DO PROJEKTU			
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji

Upředzony/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że:

1. Deklaruję udział w projekcie pn. *STOP CUKRZYCY – program profilaktyki cukrzycy typu 2 na terenie powiatu tczewskiego*.
2. Jestem przedstawicielem grupy docelowej wymienionej w ww. Regulaminie.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków z budżetu państwa w ramach RPO WP na lata 2014-2020.
4. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych i ewaluacyjnych, które odbędą się w trakcie realizacji Projektu i po jego zakończeniu.
5. W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a żadnych zastrzeżeń ani roszczeń.
6. W przypadku zakwalifikowania się do Projektu zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach dotyczących podanych danych, o ile one wystąpią w trakcie trwania Projektu.
7. Podane dane są zgodne z prawdą.
8. Prawdziwość zawartych powyżej danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

miejsowość, data	czytelny podpis uczestnika projektu