



Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego

**Formularz rekrutacyjny do projektu pn.
„Ciesz się życiem i pracą bez bólu - Program rehabilitacji leczniczej w
Claudius Galen Medica Polska”**

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny sposób.

Dane uczestniczki/uczestnika	
1.	Kraj
2.	Imię
3.	Nazwisko
4.	PESEL
5.	Brak PESELU
6.	Płeć Kobieta Mężczyzna
7.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu
8.	Wykształcenie Niższe niż podstawowe Podstawowe Gimnazjalne Policealne Ponadgimnazjalne Wyższe
Dane kontaktowe (miejsce zamieszkania):	
1.	Województwo
2.	Powiat
3.	Gmina
4.	Miejscowość
5.	Ulica
6.	Nr budynku
7.	Nr lokalu
8.	Kod pocztowy



Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego

9.	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	
10.	Telefon kontaktowy	
11.	Adres e-mail	
Dane dodatkowe:		
1.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: osoba długotrwale bezrobotna inne
		osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: osoba długotrwale bezrobotna inne
		osoba bierna zawodowo w tym: osoba ucząca się osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu inne
		osoba pracująca w tym: osoba pracująca w administracji rządowej osoba pracująca w administracji samorządowej osoba pracująca w MMŚP osoba pracująca w organizacji pozarządowej osoba prowadząca działalność na własny rachunek osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie inne
2.	Wykonywany zawód <i>Informacja dodatkowa: wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu „osoba pracująca”</i>	rolnik instruktor praktycznej nauki zawodu nauczyciel kształcenia ogólnego nauczyciel wychowania przedszkolnego pracownik kształcenia zawodowego pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej pracownik instytucji rynku pracy pracownik instytucji szkolnictwa wyższego pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej inne



Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego

3.	<p>Zatrudniony w</p> <p><i>Informacja dodatkowa: wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu „osoba pracująca”</i></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
4.	<p>Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu</p>	<p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia NIE Odmowa podania informacji TAK</p> <p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań: NIE TAK</p> <p>Osoba z niepełnosprawnościami NIE Odmowa podania informacji TAK</p> <p>Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących NIE TAK</p> <p>w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu NIE TAK</p> <p>Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu NIE TAK</p> <p>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) NIE Odmowa podania informacji TAK</p>
5.	<p>Specjalne potrzeby uczestnika projektu</p>	<p>Osoba potrzebująca tłumacza języka migowego? NIE TAK</p> <p>Proszę o podanie innych ewentualnych specjalnych potrzeb</p>



Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego

		<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	--	---

.....
Data

.....
Podpis uczestnika projektu

Oświadczenia

1. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są prawdziwe.
2. Oświadczam, iż zamieszkuję na terenie województwa łódzkiego.
3. Oświadczam, iż jestem osobą uczącą się/pracującą lub zamieszkującą na obszarze woj. łódzkiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego,
4. Oświadczam, iż jestem osobą w wieku aktywności zawodowej tzn. osobą powyżej 15 r. ż, która zalicza się do grupy osób **pracujących/pozostających bez zatrudnienia (bezrobotnych) poszukujących pracy i zainteresowanych jej podjęciem (niepotrzebne skreślić).**

.....
Data

.....
Podpis uczestnika projektu