

Formularz zgłoszeniowy do projektu „Program przeciwdziałania przedwczesnemu opuszczaniu rynku pracy przez pracowników JST z terenu gminy Obrazów”

Dane personalne

1.	Imię (imiona)		
2.	Nazwisko		
3.	Pesel		
4.	Data urodzenia		
5.	Płeć	kobieta / mężczyzna*	
6.	Osoba z niepełnosprawnościami	TAK/ NIE / odmowa podania informacji*	
7.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	TAK/ NIE / odmowa podania informacji*	
8.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	TAK/ NIE*	
9.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	TAK/ NIE / odmowa podania informacji*	
10.	Ulica		
11.	Nr domu	Nr lokalu	
12.	Miejscowość		
13.	Kod pocztowy		
14.	Województwo		
15.	Powiat		
16.	Telefon stacjonarny		
17.	Telefon komórkowy		
18.	Adres poczty elektronicznej (e-mail)		
19.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 1 - brak formalnego	

*niepotrzebne skreślić

		<p>wykształcenia)</p> <p><input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1 – kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)</p> <p><input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2 - kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)</p> <p><input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3 - kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej)</p> <p><input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4 - kształcenie ukończone na poziomie szkoły policealnej)</p> <p><input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8 – pełne i zakończone wykształcenie na poziomie wyższym licencjackim i/lub magisterskim)</p>
20.	Jestem osobą z problemami w zakresie narządów ruchu	TAK/ NIE*
21.	<p>Oświadczam, że:</p> <p>a) jestem pracownikiem Urzędu Gminy Obrazów lub Jednostek podległych Gminie</p> <p>b) uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.</p> <p>c) zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.</p> <p>d) nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego</p>	
22.	<p>Deklaruję uczestnictwo w następujących obowiązkowych formach wsparcia:</p> <p>A. Wsparcie obowiązkowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pakiet badań profilaktycznych - Konsultacje indywidualne z fizjoterapeutą – 2h - Pakiet rehabilitacyjny (10 zabiegów) - Warsztaty przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu dla pracowników – 8h - Piknik edukacyjno-zdrowotny dla pracowników i ich rodzin <p>B. Zajęcia obowiązkowe dla kadry zarządzającej (wstawić znak „x” w przypadku zatrudnienia na stanowisku kierowniczym)</p> <p><input type="checkbox"/> Warsztaty z motywacji dla kadry kierowniczej – 16h</p> <p><input type="checkbox"/> Coaching – 5h</p> <p>C. Usługi zdrowotne uzależnione od stanu zdrowia na podstawie rekomendacji fizjoterapeuty (Klawiterapia, Sanatoryjne leczenie rehabilitacyjne „Pakiet dla kręgosłupa”)</p>	
23.	<p>Zgłaszam specjalne potrzeby w zakresie udziału w Projekcie:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu