

Tytuł projektu: Rehabilitacja osób z deficytami zdrowotnymi wywołanymi przez COVID-19 w województwie opolskim – projekt pilotażowy

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY do ANKIETY dla POZ uczestnika projektu pn. <i>Rehabilitacja osób z deficytami zdrowotnymi wywołanymi przez COVID-19 w województwie opolskim – projekt pilotażowy</i> <i>prosimy wypełniać DRUKOWANYMI LITERAMI, zaznaczać poprzez wstawienie znaku X w kratce.</i>					
--	--	--	--	--	--

DANE UCZESTNIKA					
Imię		Nazwisko			
PESEL		☐ Brak PESEL	Płeć		Wiek
Wyszktałenie	☐ 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 CHWILI 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 (inne niż wymienione powyżej)	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji

☐ 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.

Oświadczam, że rozmowa telefoniczna w celu rekrutacji uczestnika do projektu pn. „Rehabilitacja osób z deficytami zdrowotnymi wywołanymi przez COVID-19 w województwie opolskim – projekt pilotażowy” realizowanego w ramach RPO WO 2014-2020 przeprowadzona została prze zemnie osobiście i zamieszczone w formularzu dane są zgodne z odpowiedziami udzielonymi przez rozmówcę.

.....
(data i podpis osoby przyjmującej zgłoszenie telefoniczne)