

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> prosimy wypełniać DRUKOWANYMI LITERAMI, zaznaczać poprzez wstawienie znaku X w kratce.					
DANE UCZESTNIKA					
Imię			Nazwisko		
PESEL			<input type="checkbox"/> Brak PESEL	Płeć	Wiek
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe, <input type="checkbox"/> Podstawowe, <input type="checkbox"/> Gimnazjalne, <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne, <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe				
DANE KONTAKTOWE					
Województwo			Powiat		
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					
<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy			<input type="checkbox"/> w tym: Osoba długotrwale bezrobotna		
<input type="checkbox"/> Osoba zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy			<input type="checkbox"/> w tym: Osoba długotrwale bezrobotna		
<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo		w tym:	<input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu		
<input type="checkbox"/> Osoba pracująca			<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> Inne <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		
Miejsce pracy					
Wykonywany zawód					
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHIWLII PRZYSTĄPIENIA 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 (innej niż wymienione powyżej)			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 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)