

Formularz zgłoszeniowy do projektu „Przedłużenie aktywności zawodowej pracowników JST z terenu ZIT KOF w gminach Zagnańsk i Miedziana Góra”			
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 wykształcenia) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1 – kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2 - kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)	

*niepotrzebne skreślić

Projekt realizowany w ramach RPO WŚ 2014-2020 na podstawie umowy z Urzędem Marszałkowskim Województwa Świętokrzyskiego

		<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3 - kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4 - kształcenie ukończone na poziomie szkoły policealnej) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8 – pełne i zakończone wykształcenie na poziomie wyższym licencjackim i/lub magisterskim)
20.	Jestem osobą z problemami w zakresie narządów ruchu np. problemy, ortopedyczne, urazowe, zwyrodnieniowe	TAK/ NIE*
21.	Oświadczam, że: a) jestem pracownikiem <input type="checkbox"/> Urzędu Gminy w Zagnańsku lub jej jednostek podległych <input type="checkbox"/> Urzędu Gminy w Miedzianej Górze lub jej jednostek podległych 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. c) zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. d) nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego	
22.	Deklaruję uczestnictwo w następujących obowiązkowych formach wsparcia: A. Wsparcie obowiązkowe: - Pakiet badań profilaktycznych - Konsultacje indywidualne z fizjoterapeutą – 2h - Pakiet rehabilitacyjny podstawowy (10 zabiegów) - Warsztaty przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu dla pracowników – 8h - Piknik edukacyjno-zdrowotny dla pracowników i ich rodzin B. Zajęcia obowiązkowe dla kadry zarządzającej (wstawić znak „x” w przypadku zatrudnienia na stanowisku kierowniczym) <input type="checkbox"/> Warsztaty z motywacji – 16h <input type="checkbox"/> Coaching – 5h C. Usługi zdrowotne uzależnione od stanu zdrowia na podstawie rekomendacji fizjoterapeuty - Klawiterapia (5 sesji)	
23.	Zgłaszam specjalne potrzeby w zakresie udziału w Projekcie:	

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu