



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Gmina:	
Powiat:	
Województwo:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	
Adres do korespondencji (proszę podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania):	Ulica:
	Numer domu:
	Numer lokalu:
	Kod pocztowy i miejscowość:
	Gmina:
	Powiat:
	Województwo:

CZĘŚĆ II

WYKSZTAŁCENIE

Oświadczam, że mam wykształcenie (proszę zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce)

Brak (brak formalnego wykształcenia)	
Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)	
Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)	
Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)	
Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)	
Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie)	

CZĘŚĆ III

STATUS ZAWODOWY

Oświadczam, że: (proszę zaznaczyć, wpisując X w odpowiedniej kratce)

Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK
Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:	<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
<p>Uwaga! Po zaznaczeniu statusu prosimy o sprawdzenie czy jesteście osobą długotrwale bezrobotną, jeżeli nie zaznacz odpowiedź „inne”.</p> <p>Definicja Osoby długotrwale bezrobotnej – definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” różni się w zależności od wieku: - młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy),</p>	



<p>- dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). Wiek uczestników projektu jest określany na podstawie daty urodzenia i ustalany w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie.</p>	
<p>Jestem osobą pracującą</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p>
<p>Jestem osobą (wypełnić w przypadku osób pracujących)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> pracującą w administracji rządowej, <input type="checkbox"/> pracującą w administracji samorządowej, [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] <input type="checkbox"/> pracującą w MMŚP, <input type="checkbox"/> pracującą w organizacji pozarządowej, <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie, <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP (mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadzącą działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> Osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> inne
<p>CZĘŚĆ IV INNE OŚWIADCZENIA</p>	
<p>Oświadczam, że jestem : (proszę zaznaczyć, wpisując X w odpowiedniej kratce)</p>	
<p>Osobą obcego pochodzenia</p>	<p>TAK NIE</p>
<p>Osobą państwa trzeciego</p>	<p>TAK NIE</p>
<p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)</p>	<p>TAK NIE</p>



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Osobą bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań	TAK	NIE
Osobą z niepełnosprawnościami	TAK	NIE
CZĘŚĆ IV		
Pierwszeństwo w rekrutacji:		
Oświadczam, że jestem : (proszę zaznaczyć, wpisując X w odpowiedniej kratce)		
Jestem osobą powracającą do pracy po długotrwałych zwolnieniach lekarskim (powyżej 30 dni)	TAK	NIE
Jestem osobą ponownie wracającą na rynek pracy po długotrwałej niezdolności do pracy (niezdolność do pracy związana z korzystaniem ze świadczeń rehabilitacyjnych)	TAK	NIE
Jestem osobą powyżej 50 roku życia	TAK	NIE

Oświadczenia:

1. Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym są prawdziwe i zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Beneficjenta o wszelkich zmianach zaistniałych w moich danych osobowych.
2. Zostałem/am poinformowany/a że projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego PLUS w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.
3. Zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Program rehabilitacji leczniczej w zakresie chorób narządu ruchu dla mieszkańców powiatu wieluńskiego.” nr FELD.08.04-IZ.00-0054/25 oraz akceptuję zawarte w nim warunki.
4. Oświadczam, iż jestem osobą narażoną na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub potrzebującą świadczeń rehabilitacyjnych w celu podjęcia/ powrotu do zatrudnienia.
5. Oświadczam, iż uczę się/pracuję lub zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na obszarze powiatu wieluńskiego województwo łódzkie.
6. Oświadczam, że jestem osobą której stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym.
7. Oświadczam, iż jestem osobą ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej w kategorii: M15-17, M19, M40-41, M47-51, M53-54, M70, M75-77, M95.
8. Nie korzystałam/em z tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania z innych środków publicznych, w tym NFZ w ciągu ostatnich 6 miesięcy (co potwierdzam stosownym oświadczeniem).
9. Wyrażam zgodę i chęć uczestnictwa w projekcie pn. „Program rehabilitacji leczniczej w zakresie chorób narządu ruchu dla mieszkańców powiatu wieluńskiego.” nr FELD.08.04-IZ.00-0054/25

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis Uczestnika