

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji
i udziału w projekcie pn.: „Wsparcie zdrowia
i ergonomii w ROPS WSL inwestycją w zdrową
przyszłość”

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO PROJEKTU
pn.: „Wsparcie zdrowia i ergonomii w ROPS WSL inwestycją w zdrową
przyszłość”, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach
programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021 -2027 (Europejski Fundusz
Społeczny+), Priorytet FESL.05 Fundusze Europejskie dla rynku pracy, działania
FESL.05.13 Zdrowy pracownik

ZGŁOSZENIE DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

Dane osobowe i teleadresowe – proszę uzupełnić wszystkie punkty		
1.	Obywatelstwo	
2.	Rodzaj uczestnika/uczestniczki	Indywidualny
3.	Imię	
4.	Nazwisko	
5.	PESEL	
6.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
7.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Co najwyżej średnie I stopnia (poniżej podstawowego, podstawowe, gimnazjalne) (ISCED 0-2) <input type="checkbox"/> Średnie II stopnia (zawodowe, średnie, średnie zawodowe) (ISCED 3) oraz policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)
Adres zamieszkania i dane kontaktowe – proszę uzupełnić wszystkie punkty		
8.	Kraj	
9.	Województwo	
10.	Powiat	
11.	Gmina	
12.	Miejscowość zamieszkania	
13.	Kod pocztowy	
14.	Telefon kontaktowy uczestnika/uczestniczki	
15.	Adres e-mail uczestniczki/uczestnika	
Status w chwili przystąpienia do Projektu		
16.	Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

17.	Osoba państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
18.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Tak
19.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
20.	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu		
21.	Osoba pracująca	
Obszar zatrudnienia		
22.	Osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek oświaty)	
Specjalne potrzeby (proszę zaznaczyć, jeśli dotyczy)		
23.	<input type="checkbox"/> Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową? Jeśli TAK, proszę opisać potrzeby: <input type="checkbox"/> Zapewnienie tłumacza języka migowego? <input type="checkbox"/> Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką? <input type="checkbox"/> Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych? Jeśli TAK, proszę opisać potrzeby: <input type="checkbox"/> Inne specjalne potrzeby? Jeśli TAK, proszę opisać jakie:.....	
Formy wsparcia (proszę wybrać interesującą formę wsparcia wpisując w każdą kratkę wartość od 1 w górę wg. priorytetu, gdzie 1 to najwyższy priorytet)		
24.	Działania w zakresie poszerzania wiedzy na temat zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy – szkolenia/warsztaty	<input type="checkbox"/> „Ergonomia w pracy” <input type="checkbox"/> „Radzenie sobie ze stresem w miejscu pracy i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu” <input type="checkbox"/> “Edukacja zdrowotna: choroby układu krążenia”
25.	Poprawa ergonomii stanowisk pracy – zakup sprzętu	<input type="checkbox"/> ponadstandardowe krzesło <input type="checkbox"/> regulowane elektrycznie biurko <input type="checkbox"/> dodatkowy (drugi) monitor
26.	Badania profilaktyczne	<input type="checkbox"/> pakiet onkologiczny dla kobiet, w tym badanie krwi (markery nowotworowe, morfologia pełna, OB), USG piersi, cytologia płynna <input type="checkbox"/> pakiet onkologiczny dla mężczyzn, w tym badanie krwi (markery nowotworowe, morfologia pełna, OB,

		<p>PSA całkowity), USG jąder</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> pakiet brzuszny, w tym badanie krwi (morfologia), ogólne badanie moczu, badanie kału, USG jamy brzusznej <input type="checkbox"/> badanie dna oka <input type="checkbox"/> pakiet sercowy, w tym badanie krwi, holter EKG 24 <input type="checkbox"/> diagnostyka cieśni nadgarstka <input type="checkbox"/> dermatoskopia cyfrowa
Kryteria rekrutacji:		
27.	Jestem zatrudniona/ zatrudniony w ROPS WSL na podstawie umowy o pracę w wymiarze minimum 0,5 etatu	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
28.	Znajduję się w grupie osób 50+	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tak – 2 pkt <input type="checkbox"/> Nie – 0 pkt
29.	Jestem osobą z niepełnosprawnością	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tak – 2 pkt <input type="checkbox"/> Nie – 0 pkt
30.	Jestem osobą mierzącą	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Poniżej 155 cm wzrostu – 3 pkt <input type="checkbox"/> Poniżej 160 cm wzrostu – 2 pkt <input type="checkbox"/> Poniżej 165 cm wzrostu – 1 pkt <input type="checkbox"/> Powyżej 175 cm wzrostu – 1 pkt <input type="checkbox"/> Powyżej 180 cm wzrostu – 2 pkt <input type="checkbox"/> Powyżej 185 cm wzrostu – 3 pkt <input type="checkbox"/> Żadne z powyższych – 0 pkt

1. Ja, niżej podpisana/podpisany, deklaruję uczestnictwo w Projekcie pn.: „**Wsparcie zdrowia i ergonomii w ROPS WSL inwestycją w zdrową przyszłość**”, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 (Europejski Fundusz Społeczny+), Priorytet FESL.05 Fundusze Europejskie dla rynku pracy, działania FESL.05.13 Zdrowy pracownik.

2. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności grupy docelowej uprawniające do udziału w Projekcie.

3. Potwierdzam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie pn.: „**Wsparcie zdrowia i ergonomii w ROPS WSL inwestycją w zdrową przyszłość**”, akceptuję jego warunki i zobowiązuję się do jego stosowania.

4. Potwierdzam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany, że Projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 (Europejski Fundusz Społeczny+).

5. Oświadczam, iż nie otrzymywałam/otrzymałem oraz nie otrzymuję wsparcia z innych źródeł w zakresie tożsamym lub zbliżonym do możliwego do



otrzymania w ramach projektu pn.: „**Wsparcie zdrowia i ergonomii w ROPS WSL inwestycją w zdrową przyszłość**”.

6. Uprzedzona/uprzedzony o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajanie prawdy, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

.....
Data

.....
Podpis osoby zgłaszającej się

Na wskazany w niniejszym formularzu adres e-mail zostanie przesłana informacja o zakwalifikowaniu do udziału w formach wsparcia

Wypełnia Komisja Rekrutacyjna:

A. Kryteria formalne – czy został spełniony warunek zatrudnienia (§4 ust. 1):

- Tak
 Nie

Jeżeli „Nie” nie podlega dalszej ocenie.

B. Kryteria punktowane:

1. Znajduje się w grupie osób 50+:

- Tak – 2 pkt
 Nie – 0 pkt

2. Jest osobą z niepełnosprawnością:

- Tak – 2 pkt
 Nie – 0 pkt

3. Jest osobą mierzącą:

- Poniżej 155 cm wzrostu – 3 pkt
Poniżej 160 cm wzrostu – 2 pkt
Poniżej 165 cm wzrostu – 1 pkt
 Powyżej 175 cm wzrostu – 1 pkt
 Powyżej 180 cm wzrostu – 2 pkt
Powyżej 185 cm wzrostu – 3 pkt
 Żadne z powyższych – 0 pkt

Osoba spełnia/nie spełnia warunki/warunków określone/określonych* w Regulaminie, i została/nie została* zakwalifikowana do udziału w wybranych formach wsparcia. Liczba uzyskanych punktów w kryterium punktowym:

Podpisy Komisji Rekrutacyjnej:

1.
2.
3.
4.
5.



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

* niepotrzebne skreślić