|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY do ANKIETY dla POZ**  uczestnika projektu pn. *Rehabilitacja osób z deficytami zdrowotnymi wywołanymi przez*  *COVID-19 w województwie opolskim – projekt pilotażowy*  *prosimy wypełniać DRUKOWANYMI LITERAMI, zaznaczać poprzez wstawienie znaku X w kratce.* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DANE UCZESTNIKA** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię |  | | | | | | Nazwisko | |  | | | | | | | | |
| PESEL |  | | | | | | * Brak PESEL | | | Płeć | | |  | | | Wiek |  |
| Wykształcenie | | | | 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 CHIWLI 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  (innej 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)*