

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY****I. Informacje o projekcie**

Projekt pt. „Rehabilitacja pacjentów onkologicznych z terenu województwa świętokrzyskiego”, nr FESW.07.02-IZ.00-0001/25 realizowany jest przez Świętokrzyskie Centrum Onkologii SPZOZ w Kielcach w partnerstwie z „Uzdrowisko Busko-Zdrój” S.A. Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego+.

II. Dane uczestnika/uczestniczki projektu

Imię													
Nazwisko													
Obywatelstwo	☐ Obywatelstwo polskie ☐ Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE ☐ Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec												
PESEL ☐ TAK * ☐ NIE	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
Płeć	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna	Wiek											
Wykształcenie	☐ Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 2) ☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) ☐ Wyższe (ISCED 5-8)												
ADRES ZAMIESZKANIA													
Kraj		Województwo											
Powiat		Ulica											
Gmina		Nr domu/mieszkania											
Miejscowość		Kod pocztowy											
Telefon kontaktowy		Adres e-mail											
SZCZEGÓŁY WSPARCIA (należy zaznaczyć X)													
Status uczestnika/uczestniczki projektu w chwili przystąpienia do projektu													
Osoba obcego pochodzenia	☐ TAK ☐ NIE												
Osoba państwa trzeciego	☐ TAK ☐ NIE												
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane (np. Romowie))	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI												
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ TAK ☐ NIE												
Osoba z niepełnosprawnością	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI												
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu													
☐ Osoba bezrobotna, w tym:													
☐ osoba długotrwale bezrobotna													
☐ inne													
☐ Osoba pracująca, w tym:													
☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek													
☐ osoba pracująca w administracji rządowej													
☐ osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty]													
☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej													

☐ osoba pracująca w MMŚP
☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
☐ osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą
☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)
☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)
☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)
☐ osoba pracująca na uczelni
☐ osoba pracująca w instytucie naukowym
☐ osoba pracująca w instytucie badawczym
☐ osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz
☐ osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym
☐ osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki
☐ osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej
☐ inne

III. Oświadczenia uczestnika/uczestniczki projektu

1. Deklaruję udział w projekcie pt.: „Rehabilitacja pacjentów onkologicznych z terenu województwa świętokrzyskiego”.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem projektu i zobowiązuję się do jego stosowania, a także spełniam warunki udziału w projekcie.
3. Podejmuję swobodną decyzję o przystąpieniu do projektu.
4. Oświadczam, że obecnie nie korzystam z tożsamego typu wsparcia finansowanego z innych środków publicznych, w tym: NFZ, ZUS, KRUS, budżetu państwa, budżetu jednostki samorządu terytorialnego w innym programie polityki zdrowotnej oraz Europejskiego Funduszu Społecznego+ w innym Programie.
5. Zobowiązuję się do powiadomienia Realizatora projektu o aktualizacji moich danych teleadresowych w przypadku ich zmiany.
6. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej administratora danych tj. Zarządu Województwa Świętokrzyskiego oraz z treścią klauzuli informacyjnej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii SPZOZ w Kielcach. Treść klauzul została mi przedstawiona w wersji papierowej w momencie przystępowania do projektu.
7. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest realizowany w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027. Realizacja projektu jest współfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+).
8. Zobowiązuję do przekazania danych dotyczących statusu na rynku pracy, w tym kontynuacji zatrudnienia do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie oraz do udziału w badaniu ewaluacyjnym.
9. Oświadczam pod rygorem odpowiedzialności cywilnoprawnej, że podane przeze mnie dane są aktualne i prawdziwe.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis Uczestnika