Logotyp FESW
**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

1. **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+.

1. **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 |  | | |
| Płeć | ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna | Wiek ……………. |  |
| Wykształcenie | ☐ Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 2)  ☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)  ☐ Wyższe (ISCRD 5-8) | | |
| 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 | | | |

1. **Oświadczenia uczestnika/uczestniczki projektu**
2. Deklaruję udział w projekcie pt. „Rehabilitacja pacjentów onkologicznych z terenu województwa świętokrzyskiego”.
3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem projektu i zobowiązuję się do jego stosowania, a także spełniam warunki udziału w projekcie.
4. Podejmuję swobodną decyzję o przystąpieniu do projektu.
5. 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.
6. Zobowiązuję się do powiadomienia Realizatora projektu tj. o aktualizacji moich danych teleadresowych w przypadku ich zmiany.
7. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią klauzulą 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.
8. 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+).**
9. 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.
10. Oświadczam pod rygorem odpowiedzialności cywilnoprawnej, że podane przeze mnie dane są aktualne i prawdziwe.

………………………………..……

*miejscowość i data czytelny podpis Uczestnika*