

Załącznik Nr 1 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie

Formularz uczestnictwa w Projekcie

WYPEŁNIA BIURO PROJEKTU	
Nr formularza rekrutacyjnego	
Data i godzina wpływu formularza rekrutacyjnego	
Podpis osoby przyjmującej formularz	

Nazwa Programu Operacyjnego	Program Operacyjny Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza
Nazwa i Nr Priorytetu	Wsparcie w obszarze zdrowia Priorytet 8 Fundusze europejskie na wsparcie w obszarze rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego
Źródło finansowania	EFS+
Nazwa Beneficjenta	Powiat Grudziądzki
Nr wniosku o dofinansowanie	FEKP.08.08-IZ.00-0022/23

Pan/Pani (imię i nazwisko):

.....

Zamieszkały/-a (adres zamieszkania: miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania, kod pocztowy):

.....

Telefon

.....

E mail

.....

PESEL:

.....

1. Deklaruję chęć udziału w projekcie "Wsparcie w obszarze zdrowia" nr FEKP.08.08-IZ.00-0022/23 współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Priorytetu 8 Fundusze europejskie na wsparcie w obszarze rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działanie 08.08 Wsparcie w obszarze zdrowia Celu szczegółowego 4d wspieranie dostosowania pracowników, przedsiębiorstw i przedsiębiorców do zmian, wspieranie aktywnego i zdrowego starzenia się oraz zdrowego i dobrze dostosowanego środowiska pracy, które uwzględni zagrożenia dla zdrowia, Programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021 -2027.

Oświadczam, że spełniam wymogi:

Jestem pracownikiem:

- Starostwa Powiatowego w Grudziądzu
 Jednostki Organizacyjnej Powiatu Grudziądzkiego

Ponadto:

- uskarżam się na ból kręgosłupa, nadwyrężenia dłoni, nadgarstka i przedramienia
 mam problemy z wypaleniem zawodowym i deficytem ergonomicznym w miejscu pracy

Dodatkowe preferencyjne wymogi rekrutacji (jeżeli dotyczy):

- jestem pracownikiem 50+
 posiadam orzeczenie o niepełnosprawności lub dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia.

W ramach Projektu wnoszę o wsparcie w formie:

- odbycie szkolenia z zakresu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu
 odbycie szkolenia z zakresu zdrowia psychicznego i zakazu dyskryminacji
 odbycie szkolenia z zakresu radzenia sobie ze stresem
 biurka ergonomicznego
 monitora ergonomicznego
 krzesła ergonomicznego
 podnóżka
 myszy ergonomicznej
 klawiatury ergonomicznej

Pytania o specjalne potrzeby Uczestnika Projektu:

1. Czy istnieje potrzeba tłumaczenia na język migowy? tak
nie

2. Czy istnieje potrzeba zapewnienia częstszych, dłuższych przerw podczas szkoleń?

tak

nie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z prowadzeniem procesu rekrutacji uczestników do Projektu. Przystąpienie do Projektu jest równoznaczne z akceptacją Regulaminu Projektu.

Zobowiązuje się poinformować Beneficjenta w przypadku zmiany jakichkolwiek danych.

Oświadczam, że dane podane w niniejszej Deklaracji są zgodne z prawdą.

.....
miejsowość, data czytelny podpis

Kryteria rekrutacji – wypełnia Biuro Projektu

		Punkty
1. Osoba będąca pracownikiem Starostwa Powiatowego w Grudziądzu lub będącą pracownikiem Jednostki Organizacyjnej Powiatu Grudziądzkiego, która ukończyła 50 lat.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
2. Osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytucznych.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
3. Osoba uskarżająca się na ból kręgosłupa, nadwyrężenia dłoni, nadgarstka i przedramienia.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Nie dotyczy
4. Osoba mająca problem z wypaleniem zawodowym i deficytem ergonomicznym	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Nie dotyczy

.....
Podpis Koordynatora Projektu

Starosta
/-/ Adam Olejnik



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego