



Załącznik nr 1
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

Formularz zgłoszeniowy

do projektu „**Zdrowi i aktywni**”,
Oś Priorytetowa 8 Aktywni na rynku pracy,
Działanie 8.6. Zdrowy i aktywny region,
Poddziałanie 8.6.1 Wsparcie na rzecz wydłużenia aktywności zawodowej mieszkańców
w ramach **Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego**
na lata 2014 - 2020

INFORMACJE WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU	
Data przyjęcia formularza	
Godzina przyjęcia formularza	
Numer Identyfikacyjny Kandydata	
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie	

UWAGI:

1. Przed wypełnieniem Formularza należy zapoznać się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „**Zdrowi i aktywni**”.
2. Prosimy wypełnić Formularz w wersji elektronicznej lub drukowanymi literami oraz podpisać w sposób czytelny w miejscach do tego wyznaczonych.
3. Należy uzupełnić wszystkie rubryki, jeśli pytanie nie dotyczy kandydata prosimy wpisać adnotację „nie dotyczy”.
4. Nie należy usuwać jakichkolwiek treści niniejszego dokumentu.
5. Wybraną odpowiedź w pytaniach zamkniętych należy zaznaczyć symbolem „x”.
6. Formularz należy spiąć w sposób trwały.
7. Prosimy zachować kopię składanych dokumentów rekrutacyjnych. Oryginał nie podlega zwrotowi.



I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA DO PROJEKTU

Lp.	DANE PERSONALNE	
1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	Data urodzenia	
4.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
5.	PESEL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Brak PESEL
Adres zamieszkania		
6.	a	Województwo
	b	Powiat
	c	Gmina
	d	Miejscowość
	e	Ulica, nr domu/lokalu
	f	Kod pocztowy
Adres kontaktowy (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)		
<input type="checkbox"/> DOTYCZY <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY		
7.	a	Województwo
	b	Powiat
	c	Gmina
	d	Miejscowość
	e	Ulica, nr domu/lokalu
	f	Kod pocztowy
8.	Telefon kontaktowy	
9.	Adres e-mail:	
10.	Poziom wykształcenia (proszę zaznaczyć „x” we właściwym miejscu, wybierając ostatnie ukończone wykształcenie tzn. najwyższe)	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe



II. STATUS KANDYDATA ORAZ PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ

KRYTERIA DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ									
1.	Przynależność Kandydata do grupy docelowej (proszę zaznaczyć „x” we właściwych miejscach w ramach kategorii głównej)	<input type="checkbox"/>	<p>OSOBA W WIEKU AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba fizyczna zamieszkująca w rozumieniu Kodeksu Cywilnego lub pracująca lub ucząca się na terenie województwa kujawsko-pomorskiego</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba fizyczna zamieszkująca w rozumieniu Kodeksu Cywilnego lub pracująca lub ucząca się na terenie Gminy Miasta Toruń</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba w wieku aktywności zawodowej, będąca pracownikiem Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Toruniu, zatrudniona na stanowisku pracy wykazanym w „Programie ukierunkowanym na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy (...)”</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Toruniu narażona na wystąpienie czynników negatywnie wpływających na stan zdrowia w miejscu pracy, w szczególności osoba powyżej 50 roku życia</p>						
		KRYTERIA PREMIUJĄCE							
		<input type="checkbox"/>	<p><input type="checkbox"/> Osoba mieszkająca na terenie powiatu o wysokiej stopie bezrobocia, tj. wyższej niż średnia dla województwa kujawsko-pomorskiego wg danych na 31.12.2018 r.¹ – oświadczenie uczestnika (+1 pkt)</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba w wieku 50+ – oświadczenie uczestnika (+1 pkt)</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba z niepełnosprawnością – orzeczenie o niepełnosprawności (+1 pkt)</p>						
KRYTERIA DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA									
2.	Status Kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć „x” w każdym właściwym miejscu)	<input type="checkbox"/>	Osoba pracująca						
		<input type="checkbox"/>	<p>w tym:</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej</td> <td><input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej</td> <td><input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> inne</td> <td><input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej	<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek	<input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej								
<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej	<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek								
<input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie								
<input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP									

¹ Powiaty o wysokiej stopie bezrobocia w woj. kujawsko – pomorskim wg danych na 31.12.2018r.: Radziejowski, Lipnowski, Włocławski, Grudziądzki, Aleksandrowski, Sępoleński, Inowrocławski, Chełmiński, Wąbrzeski, Nakielski, Rypiński, Tucholski, Toruński, Mogileński, Żniński, Włocławek, Golubsko-Dobrzyński, Grudziądz.



		Wykonywany zawód:	
		<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wspierania ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inny
		Zatrudniony w:..... Nazwa i adres miejsca zatrudnienia	

III. POZOSTAŁE INFORMACJE

Status kandydata w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć „x” w każdym właściwym miejscu)		TAK	NIE	Odma-wiam podania informa-cji
	1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3. Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Jeśli dotyczy:</i> Czy zgłasza Pan/Pani specjalne potrzeby/ ułatwienia w trakcie uczestnictwa w projekcie?			
4. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

² Do kategorii osób w innej niekorzystnej sytuacji społecznej należy zawsze uwzględniać wskazane poniżej grupy: osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu ISCED 1) będąca poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1; byli więźniowie; narkomani; osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań; osoby z obszarów wiejskich.



IV. WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW

Nr	ZAŁĄCZNIKI	ZAŁĄCZAM	NIE ZAŁĄCZAM
1.	Oświadczenie dotyczące spełnienia kryteriów obligatoryjnych rekrutacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Oświadczenie osoby mieszkającej na terenie powiatów o wysokiej stopie bezrobocia, tj. wyższej niż średnia dla województwa wg danych na 31.12.2018r.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Oświadczenie osoby w wieku 50 +	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub aktualnego orzeczenia równoważnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Oświadczenie uczestnictwa Projektu – ochrona danych osobowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Deklaracja uczestnictwa w projekcie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pouczony/a o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe.

.....
Miejscowość, data (dzień, miesiąc, rok)

.....
Czytelny podpis Kandydata