

**I. FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU** pn.: „Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim” nr POWR.05.01.00-00-0004/18-00/77/2018/762 realizowanym przez Wielkopolskie Centrum Onkologii wraz z partnerami: Wielkopolskim Związkiem Pracodawców Ochrony Zdrowia oraz Stowarzyszeniem Chorych na Czerniaka, w ramach osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne.

Należy zaznaczyć **X** przy właściwej formie wsparcia:

- Udział w programie zdrowotnym – usługa medyczna/zdrowotna
- Szkolenie POZ/kurs

<b>FORMULARZ - PROSIMY o WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI</b>	
<b>Dane osobowe kandydata/-ki do projektu</b>	
Imię:	
Nazwisko:	
Data i miejsce urodzenia :	Wiek w chwili przystąpienia do projektu:
PESEL .....	Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
<input type="checkbox"/> BRAK PESEL (w przypadku obcokrajowców)	
Wykształcenie (zgodnie z Międzynarodowym Standardem Klasyfikacji Kształcenia)	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne - <i>ukończone na poziomie szkoły średniej - liceum, technikum, szkoła zawodowa (ISCED 3)</i> <input type="checkbox"/> Pomaturalne - <i>ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym (ISCED 4)</i> <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)

<b>Dane kontaktowe kandydata/-ki do projektu</b> ( <i>Miejsce zamieszkania w rozumieniu art. 25 Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu</i> )		
<b>Usługobiorca:</b> <input type="checkbox"/> indywidualny <input type="checkbox"/> instytucjonalny		
<b>Kraj:</b>		
<input type="checkbox"/> Ulica <input type="checkbox"/> Osiedle		
Numer budynku:	Numer lokalu:	Miejscowość:
Powiat:		Kod pocztowy:
Gmina:	Województwo:	
Numer telefonu kontaktowego		
Adres e-mail		

<b>Status osoby na rynku pracy w chwili przystępowania do projektu – wybierz jedną z poniższych odpowiedzi A lub B lub C lub D:</b>	
A <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> tak, długotrwale <input type="checkbox"/> inne
B <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> tak, długotrwale <input type="checkbox"/> inne
C <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nie uczestnicząca w kształceniu/szkoleniu
D <input type="checkbox"/> osoba pracująca	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> Inne

Wykonywany zawód (wypełnia osoba pracująca) - **proszę wybrać jedną z poniższych odpowiedzi** :

- instruktor praktycznej nauki zawodu
- kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
- nauczyciel kształcenia ogólnego
- nauczyciel kształcenia zawodowego
- nauczyciel wychowania przedszkolnego
- pracownik instytucji rynku pracy
- pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia (proszę podkreślić prawidłowe):
  - lekarz POZ
  - lekarz specjalista
  - pielęgniarka
  - edukator zdrowotny
- pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
- pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
- pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
- pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej
- rolnik
- inny ( jaki ? ) .....

Zatrudniona/y w (miejsce zatrudnienia) :

**Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu – w każdej pozycji A, B, C, D wybierz jedną odpowiedź:**

A. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia?	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
B. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań? (zgodnie z europejską typologią bezdomności I wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: bez dachy nad głową, bez miejsca zamieszkania , niezabezpieczone zakwaterowanie)		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
C. Osoba z niepełnosprawnościami?*( <i>Istnieje możliwość odmowy podania danych</i> )	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
D. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)?	<input type="checkbox"/> odmowa	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie

**\*W przypadku osób z niepełnosprawnościami prosimy o poinformowanie nas o swoich potrzebach, umożliwi to przygotowanie odpowiedniej pomocy oraz sprawną obsługę.**

**II. DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE pn. „Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim” nr POWR.05.01.00-00-0004/18-00/77/2018/762 realizowanym przez Wielkopolskie Centrum Onkologii wraz z partnerami: Wielkopolskim Związkiem Pracodawców Ochrony Zdrowia oraz Stowarzyszeniem Chorych na Czerniaka, w ramach osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne.**

**Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż:**

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu pn. „Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim” nr POWR.05.01.00-00-0004/18-00/77/2018/762 realizowanym przez Wielkopolskie Centrum Onkologii wraz z partnerami: Wielkopolskim Związkiem Pracodawców Ochrony Zdrowia oraz Stowarzyszeniem Chorych na Czerniaka, w ramach osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne, akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim;
2. Spełniam wszystkie wymogi formalne i zasady udziału określone w Regulaminie Projektu;
3. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne
4. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
5. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych;
6. Zostałem poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia;
7. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez **Wielkopolskie Centrum Onkologii wraz z partnerami: Wielkopolski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia i Stowarzyszenie Chorych na Czerniaka** oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej;
8. Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
9. Oświadczam, że dane zawarte w Kwestionariuszu Osobowym/Formularzu Zgłoszeniowym oraz ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

**Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.**

<hr/> <i>Miejscowość i data</i>	<hr/> <i>Czytelny podpis Kandydata</i>
------------------------------------	---