Załącznik nr 1
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

Formularz zgłoszeniowy

do projektu „Zdrowi i aktywni 2”
realizowanego przez Gminę Miasta Toruń
w ramach programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027,
Priorytet FEKP.08 „Fundusze europejskie na wsparcie w obszarze rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego”,
Działanie FEKP.08.08 „Wsparcie w obszarze zdrowia”

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”.**

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.	**Obywatelstwo**	☐ brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE	☐ brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec	☐ obywatelstwo polskie
4.	**PESEL**	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐ Brak PESEL		
5.	**ADRES ZAMIESZKANIA**			
	a **Województwo**			
	b **Powiat**			
	c **Gmina**			
	d **Miejscowość**			
	e **Ulica, nr domu/lokalu**			
	f **Kod pocztowy**			
	g **Kraj**			
6.	**ADRES KONTAKTOWY (JEŚLI JEST INNY NIŻ ADRES ZAMIESZKANIA)** ☐ DOTYCZY ☐ NIE DOTYCZY			
	a **Województwo**			
	b **Powiat**			
	c **Gmina**			
	d **Miejscowość**			
	e **Ulica, nr domu/lokalu**			
	f **Kod pocztowy**			
7.	**Telefon kontaktowy**			
8.	**Adres e-mail:**			
9.	**Poziom wykształcenia** (proszę zaznaczyć „x” we właściwym miejscu, wybierając ostatnie ukończone wykształcenie tzn. najwyższe)	☐ Średnie I stopnia lub niższe ☐ Ponadgimnazjalne lub policealne ☐ Wyższe		

II. STATUS KANDYDATA ORAZ PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ

<table>
<tr><th colspan="4">KRYTERIA DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ</th></tr>
<tr><td>1.</td><td>Przynależność Kandydata do grupy docelowej (proszę zaznaczyć „x” we właściwych miejscach w ramach kategorii głównej)</td><td></td><td>KRYTERIA OBLIGATORYJNE
☐ osoba w wieku aktywności zawodowej, będąca pracownikiem: Toruńskiego Centrum Usług Społecznych, Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Toruniu, Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego im. Ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu, Domu Pomocy Społecznej im. dr Leona Szumana w Toruniu lub Toruńskiego Centrum Świadczeń Rodzinie, zatrudniona na stanowisku pracy wykazanym w „Programie ukierunkowanym na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka (…)”

☐ osoba pracująca w Toruńskim Centrum Usług Społecznych, Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Toruniu, Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym im. Ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu, Domu Pomocy Społecznej im. dr Leona Szumana w Toruniu, Toruńskim Centrum Świadczeń Rodzinie narażona na wystąpienie czynników negatywnie wpływających na stan zdrowia w miejscu pracy, w szczególności osoba powyżej 50 roku życia

KRYTERIA PREMIUJĄCE

☐ osoba w wieku 50+

☐ osoba z niepełnosprawnościami</td></tr>
<tr><th colspan="4">KRYTERIA DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA</th></tr>
<tr><td rowspan="4">2.</td><td rowspan="4">Status Kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć „x” w każdym właściwym miejscu)</td><td>☐</td><td>Osoba bezrobotna, w tym:
☐ osoba długotrwale bezrobotna
☐ inne</td></tr>
<tr><td>☐</td><td>Osoba bierna zawodowo
☐ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
☐ osoba ucząca się/odbywająca kształcenie
☐ inne</td></tr>
<tr><td rowspan="3">☐</td><td>Osoba pracująca</td></tr>
<tr><td>w tym:</td></tr>
<tr><td>☐ osoba prowadząca</td><td>☐ osoba pracująca w szkole lub</td></tr>
</table>

			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)	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. POZOSTAŁE INFORMACJE

	Status kandydata w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć „x” w każdym właściwym miejscu)		**TAK**	**NIE**	**Odmawiam podania informacji**
		1. Osoba obcego pochodzenia	☐	☐	
		2. Osoba państwa trzeciego	☐	☐	
		3. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐	☐	
		4. Osoba z niepełnosprawnością	☐	☐	☐
		5. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	☐	☐	☐

IV. WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW

Nr	ZAŁĄCZNIKI W związku z zadeklarowaniem przez kandydata statusu osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w celu weryfikacji statusu należy przedłożyć:	ZAŁĄCZAM	NIE ZAŁĄCZAM
1.	Deklaracja uczestnictwa w projekcie	☐	☐
2.	Zaświadczenie od pracodawcy, potwierdzające zatrudnienie w oparciu o umowę o pracę w jednej z jednostek organizacyjnych Gminy Miasta Toruń: Toruńskim Centrum Usług Społecznych, Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Toruniu, Zakładzie Pielęgnacyjno - Opiekuńczym im. Ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu, Domu Pomocy Społecznej im. dr Leona Szumana w Toruniu lub Toruńskim Centrum Świadczeń Rodzinie	☐	☐
3.	Oświadczenie kandydata o spełnianiu kryterium premiującego 50+	☐	☐
4.	Orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez uprawniony organ	☐	☐
5.	Oświadczenie uczestnika projektu (ochrona danych osobowych)	☐	☐

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