

Projekt pn. „Ergonomia w moim miejscu pracy” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 2 do Regulaminu

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE
PN. „ERGONOMIA W MOIM MIEJSCU PRACY”
W ZAKRESIE MODERNIZACJI STANOWISK PRACY I UDZIAŁU W SZKOLENIACH**

Udział w Projekcie jest bezpłatny. Kandydaci/kandydatki zakwalifikowani/ne do projektu uzyskają możliwość modernizacji stanowiska pracy oraz udziału w szkoleniach profilaktycznych.

Prosimy o czytelne wypełnienie formularza zgłoszeniowego

I. DANE OSOBOWE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU

Lp.	Nazwa	
1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	PESEL	
4.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
5.	Data urodzenia	
6.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) (zawodowe) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) (średnie) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)
7.	Grupa pracownicza	<input type="checkbox"/> pracownik administracyjno-biurowy <input type="checkbox"/> pracownik medyczny <input type="checkbox"/> pracownik gospodarczy
8.	Kraj	
9.	Miejscowość	
10.	Kod pocztowy	
11.	Ulica	

Projekt pn. „Ergonomia w moim miejscu pracy” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

12.	Nr budynku	
13.	Nr lokalu	
14.	Telefon kontaktowy	
15.	Adres e-mail	
16.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba pracująca
17.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
18.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
19.	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
20.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji

II. INFORMACJE DOT. UDZIAŁU W PROJEKCIE

1. Czy brał/a Pan/i udział w ankiecie dot. wyposażenia stanowiska pracy i stanu zdrowia, prowadzonej w Miejskim Szpitalu zespólnym w Częstochowie od sierpnia do września 2019 r.?

TAK

NIE

2. Czy w ciągu ostatniego roku korzystał/a Pan/i z usług poradni specjalistycznych w związku z dolegliwościami spowodowanymi wykonywaniem pracy na swoim stanowisku?

TAK

NIE

Projekt pn. „Ergonomia w moim miejscu pracy” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

3. Czy jest Pan/i zatrudniony/a w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Częstochowie na minimum 0,5 etatu?

TAK

NIE

Wyrażam / nie wyrażam* zgodę/y na wykorzystanie mojego wizerunku na potrzeby realizacji przedmiotowego Projektu. Zgoda obejmuje utrwalanie, obróbkę i powielanie zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium.

*zaznaczyć właściwie

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis Kandydata/tki do projektu)