

Formularz rekrutacyjny
do projektu „Program rehabilitacji u osób z rozpoznaniem chorób afektywnych i nerwicowych”
numer RPSL.08.03.02-24-03AB/19

współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

OŚ PRIORYTETOWA VIII Regionalne kadry gospodarki opartej na wiedzy
DZIAŁANIE 8.3 Poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej pozostanie w zatrudnieniu i powrót do pracy

PODDZIAŁANIE 8.3.2 Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej – konkurs

Dane uczestnika projektu

	Lp.	Nazwa	
Dane uczestnika <i>(właściwą odpowiedź zaznaczyć lub wypełnić)</i>	1	Imię (imiona):	
	2	Nazwisko:	
	3	Wiek:	
	4	PESEL:	5 Płeć:
	5	Wykształcenie: - podstawowe - gimnazjalne - ponadgimnazjalne	- policealnym - wyższe (w tym licencjat)
Dane kontaktowe <i>(wypełnić)</i>	6	Ulica:	
	7	Nr domu: Nr lokalu:	
	8	Miejscowość: Kod pocztowy:	
	9	Telefon:	
	10	Adres poczty elektronicznej (e-mail):	
Dane dotyczące statusu <i>(właściwą odpowiedź zaznaczyć lub wypełnić)</i>	11	Mieszkam i pracuję na obszarze województwa śląskiego	TAK/NIE
	12	Miejsce pracy	
	13	Zawód	
Szczególna sytuacja <i>(właściwą odpowiedź zaznaczyć)</i>	14	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	TAK/NIE
	15	Bezdomność/wykluczenie z dostępu do mieszkań	TAK/NIE
	16	Orzeczenie z niepełnosprawnością	TAK/NIE
	17	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	TAK/NIE
INFORMACJE DODATKOWE- <i>(właściwą odpowiedź zaznaczyć)</i>	18	Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o trwałej niezdolności do pracy?	TAK/NIE
	19	Czy deklaruje Pan/Pani gotowość do podjęcia zatrudnienia (dotyczy osób nieaktywnych zawodowo)?	TAK/NIE
	20	Czy chorował/a Pan/Pani lub choruje na zaburzenia depresyjne nawracające (F33)	TAK/NIE
	21	Czy chorował/a Pan/Pani lub choruje na zaburzenia lękowe	TAK/NIE

	uogólnione (F41.1)	
22	Czy chorował/a Pan/Pani lub choruje na zaburzenia stresowe pourazowe (F.43.1)	TAK/NIE
23	Czy chorował/a Pan/Pani lub choruje na zaburzenia adaptacyjne (F43.2)	TAK/NIE
24	Jeśli chorował/a Pan/Pani na wyżej wymienione choroby, czy leczenie zostało zakończone?	TAK/NIE
25	Czy korzystał/a Pan/Pani ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu wyżej wymienionych jednostek chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu?	TAK/NIE
26	Czy ma Pan/Pani dostęp do telefonu stacjonarnego lub komórkowego?	TAK/NIE
27	Czy jest Pan/Pani uczestnikiem w innym programie terapeutyczno-rehabilitacyjnym dotyczącym zaburzeń psychicznych afektywnych i nerwicowych współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego?	TAK/NIE

Jestem świadomy odpowiedzialności jaką ponoszę za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Deklaruję chęć udziału w projekcie realizowanym przez Fizjoterapia Jacek Tuz w ramach RPO WSL współfinansowanym ze środków EFS.

Tychy, dnia

.....
czytelny podpis