

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

21	Czy chorował/a Pan/Pani lub choruje na zaburzenia lękowe uogólnione (F41.1)	TAK/NIE
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