Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Realizacja Programu rehabilitacji chorób przewlekłych układu kostno-mięśniowego i kostnego przez EMC Silesia.”

**Deklaracja uczestnictwa w Projekcie [Pacjent]**

Ja ……………………………............................................……………………………………………….………………………………………....niżej podpisany, deklaruję chęć udziału w Projekcie „Realizacja Programu rehabilitacji chorób przewlekłych układu kostno-mięśniowego i kostnego przez EMC Silesia.” i oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności do udziału w Projekcie.

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny sposób.

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU** | |
| Nazwisko |  |
| Imię (Imiona) |  |
| Płeć (K/M) |  |
| Data urodzenia |  |
| Miejsce urodzenia (miejscowość, województwo) |  |
| PESEL |  |
| **DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA** | |
| Województwo |  |
| Kod pocztowy, Miejscowość |  |
| Obszar | Obszar miejski  Obszar wiejski |
| Powiat |  |
| Ulica |  |
| Numer domu |  |
| Numer lokalu |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| **POZOSTAŁE INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA (Proszę zaznaczyć właściwe przez wstawienie znak X)** | |
| **Wykształcenie** | Niższe niż podstawowe  Podstawowe  Gimnazjalne  Ponadgimnazjalne  Policealne  Wyższe |
| **Inne** | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia  tak  nie  odmowa podania informacji  Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  tak  nie  Osoba z niepełnosprawnościami  tak  nie  odmowa podania informacji  Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących  tak (w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu  tak  nie)  nie  Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu  tak  nie  Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)  tak  nie  odmowa podania informacji  Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy:   tak ( w tym osoba długotrwale bezrobotna)  nie  Osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy:   tak (  w tym osoba długotrwale bezrobotna)  nie  Osoba bierna zawodowo:   tak (w tym:  osoba ucząca lub kształcąca się  osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  inne)  nie  Osoba pracująca   tak, w tym:  rolnik  osoba samozatrudniona (prowadząca działalność na własny rachunek)  osoba zatrudniona w administracji samorządowej  osoba zatrudniona w administracji rządowej  osoba zatrudniona w organizacji pozarządowej  osoba zatrudniona w mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie  (2-49 pracowników)  osoba zatrudniona w dużym przedsiębiorstwie (50-249 pracowników)  inne, jakie? …………………………………………………………………………  nie  Wykonywany zawód, w tym:  rolnik  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  pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej  pracownik instytucji szkolnictwa wyższego  pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej  pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej  inny  zatrudniony w  ……………………………………………………………………………………………………………………………………….  (nazwa i adres instytucji) |
| **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKLUCZENIA Z UDZIAŁU W PROJEKCIE** | |
| 1. Oświadczam, że korzystałem/-łam**\*** / nie korzystałem/-łam**\*** ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu jednostek chorobowych:    1. M15 Zwyrodnienie wielostawowe    2. M16 Koksartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego]    3. M17 Gonartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego]    4. M18 Choroba zwyrodnieniowa pierwszego stawu nadgarstkowo-śródręcznego    5. M19 Inne zwyrodnienia stawów    6. M47 Spondyloza    7. M50 Choroby krążków międzykręgowych szyjnych    8. M51 Inne choroby krążka międzykręgowego    9. M54 Bóle grzbietu   w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do projektu.   1. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości\*/ nie przyjmuję do wiadomości\*, że mogę zostać zdyskwalifikowany do udziału w projekcie w przypadku stwierdzenia przeciwwskazań zdrowotnych do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym przez lekarzy specjalistów w dziedzinie rehabilitacji medycznej, udzielających świadczeń w projekcie.   **\*niewłaściwe skreślić** | |
| **DEKLARACJA DOT. KONTYNUACJI ZATRUDNIENIA / GOTOWOŚCI DO PODJĘCIA ZATRUDNIENIA** | |
| Po zakończeniu udziału w projekcie deklaruję kontynuacją zatrudnienia\* / gotowość do podjęcia zatrudnienia\* oraz potwierdzenia tego faktu w formie odpowiednio zaświadczenia / oświadczenia w momencie zakończeniu udziału w Projekcie. | |

**OŚWIADCZENIA**

**Ja niżej podpisany/-a** ................................................................................................................   
(imię i nazwisko)

**Pouczony/-a i świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych   
z prawdą:**

* Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.
* Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminami dotyczącymi realizacji projektu   
  i akceptuję ich warunki (Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z §233 Kodeksu Karnego)
* Oświadczam, że zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa   
  w projekcie.
* Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany, iż projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
* Oświadczam, że zakres wsparcia w projekcie nie powiela wparcia otrzymywanego przeze mnie z innych źródeł.
* Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail).
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu monitoringu   
  i ewaluacji projektu.
* Wyrażam nieodpłatną zgodę na nieograniczone czasowo i terytorialnie przetwarzanie wizerunku wyłącznie w celach informacyjnych i promocyjnych projektu zgodnie z Art. 23 ust. 1 Ustawy o ochronie danych osobowych.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………………. | ……………………………………………………………. |
| *(data)* | *(czytelny podpis)* |