

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU

Tytuł Projektu	Ergonomia+ II
Beneficjent	Miasto Mysłówice
Nr umowy	UDA-FESL.05.13-IZ.01-ODF9/24
Program Operacyjny	Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 PRIORYTET FESL.05 Fundusze Europejskie dla rynku pracy DZIAŁANIE FESL.05.13 Zdrowy pracownik TYP 1: Eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy
Czas trwania projektu	04.05.2026 – 03.05.2027

Dane uzupełnia osoba przyjmująca wniosek

Numer Kandydata w projekcie	
Data i godzina (hh:mm:ss) wpływu dokumentów	

Dane uczestnika projektu (proszę wypełniać **DUŻYMI** literami)**DANE OSOBOWE** (uczestnika/uczestniczki)

1	Obywatelstwo	POLSKIE
2	Rodzaj uczestnika	Indywidualny
3	Nazwa instytucji	Urząd Miasta Mysłówice
4	Imię	
5	Nazwisko	

1	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	Osoba pracująca
----------	---	-----------------

DANE DODATKOWE (uczestnika/uczestniczki)

1	Osoba należąca do mniejszości narodowej² lub etnicznej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
2	Osoba należąca do mniejszości – społeczności marginalizowanych takich jak Romowie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
3	Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
4	Osoba z państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
5	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
6	Osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności³⁴	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
7	Osoba ze stwierdzoną chorobą zawodową⁵	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI

- zaznacz X odpowiednią odpowiedź /odpowiedzi

² Mniejszości narodowe w Polsce: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska oraz żydowska.

³ Dotyczy orzeczenia wydanego przez lekarza Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności.

⁴ Odmowa podania informacji nie wyklucza udziału, ale brak informacji uniemożliwia naliczenie punktów zgodnie z § 3 pkt. 12 regulaminu

⁵ Jak wyżej

INNE SPECJALNE POTRZEBY ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ PROJEKTU	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli zaznaczyłeś/aś TAK opisz rodzaj potrzeby, które mielibyśmy zapewnić podczas udziału we wsparciu		

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU: Świadomy/a odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Koordynatora Komponentu o wszelkich zmianach ww. danych.

OŚWIADCZENIA	
Ja niżej podpisany/a (imię i nazwisko uczestnika/uczestniczki Projektu)	
zamieszkały/a (adres zamieszkania)	
pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:	
1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie i akceptuję jego warunki	
2. Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe	
..... (miejscowość, data) (podpis uczestnika/uczestniczki Projektu)