

Wypełnia personel projektu:

MIEJSCE SKŁADANIA DOKUMENTÓW PRZEZ PACJENTKĘ (należy zaznaczyć tylko jedno pole z możliwych do wyboru)		
<input type="checkbox"/> Placówka podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)	<input type="checkbox"/> Poradnia specjalistyczna AOS	<input type="checkbox"/> Szpital
1	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
2	Data zakończenia udziału w projekcie	
3	Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PACJENTKI

Do udziału w projekcie „Zdrowe kości do starości – program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim”

(Niniejszy dokument wypełnia każdy uczestnik osobno przy pierwszym zgłoszeniu do udziału w projekcie – białe pola; PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE, DRUKOWANYMI LITERAMI ORAZ PODPISAC W MIEJSCACH WYZNACZONYCH)

Wypełnia uczestnik projektu:

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU - PACJENTKI										
Imię (imiona) i nazwisko										
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta					<input type="checkbox"/> Mężczyzna				
PESEL										
Data i miejsce urodzenia										
Wiek w chwili przystąpienia do projektu (liczba skończonych lat w momencie wypełniania dokumentów rekrutacyjnych)										
Wykształcenie (należy zaznaczyć tylko jedno pole z możliwych do wyboru)	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0)									
	<input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1)									
	<input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2)									
	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3)									
	<input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4)									
	<input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)									

1



DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA PROJEKTU - PACJENTKI				
<b>Adres zamieszkania</b> <i>(miejszem zamieszkania osoby fizycznej, w rozumieniu KC, jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu)</i>	Województwo		Kod pocztowy	
	Powiat		Ulica	
	Gmina		Nr budynku	
	Miejscowość		Nr lokalu	
<b>Telefon kontaktowy</b>				
<b>Adres poczty elektronicznej (e-mail)</b>				
SZCZEGÓŁY WSPARCIA				
<b>Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu</b> <i>(należy zaznaczyć tylko jedno pole z możliwych do wyboru)</i>	<input type="checkbox"/> osoba pracująca lub prowadząca działalność gospodarczą			
	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna</li> </ul> <i>(oznacza osobę bezrobotną, która:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>a) w przypadku osoby poniżej 25 roku życia pozostaje bezrobotna nieprzerwanie przez minimum 6 miesięcy,</i></li> <li><i>b) w przypadku osoby powyżej 25 roku życia pozostaje bezrobotna nieprzerwanie przez minimum 12 miesięcy)</i> </li></ul>			
	<input type="checkbox"/> inne			
	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> </ul>			
<b>(wypełniają tylko osoby pracujące)</b>  <b>Osoba pracująca</b> <i>(należy zaznaczyć tylko jedno pole z możliwych do wyboru)</i>	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, w tym: <i>(do biernych zawodowo zalicza się: osoby otrzymujące emeryturę, rentę, alimenty, stypendium, pomoc opieki społecznej, uczniów pobierających naukę w trybie dziennym, osoby odbywające karę pozbawienia wolności, osoby przebywające w domach opieki, osoby uzyskujące dochód m. in. z dzierżawy, wynajmu lokum itp., osoby przebywające na urlopie wychowawczym)</i>			
	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się lub kształcąca			
	<input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu			
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej			
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej			
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP (mikro, małe, średnie przedsiębiorstwa)			
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie			
<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek				
<input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej				
<input type="checkbox"/> inne				



<p><b>(wypełniają tylko osoby pracujące)</b></p> <p><b>Wykonywany zawód</b> (należy zaznaczyć tylko jedno pole z możliwych do wyboru)</p>	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu
	<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego
	<input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego
	<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego
	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
	<input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy
	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
	<input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
	<input type="checkbox"/> pracownik poradni pedagogiczno-psychologicznej
	<input type="checkbox"/> rolnik
	<input type="checkbox"/> inny

<p><b>(wypełniają tylko osoby pracujące)</b></p> <p><b>Miejsce zatrudnienia</b> (nazwa pracodawcy lub własnej działalności)</p>	<p><i>Proszę wpisać nazwę pracodawcy lub własnej działalności</i></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

**STATUS UCZESTNIKA (PACJENTKI) W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

<p><b>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</b> (należy zaznaczyć tylko jedno pole z możliwych do wyboru)</p>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania danych
<p><b>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b> (należy zaznaczyć tylko jedno pole z możliwych do wyboru)</p>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<p><b>Osoba z niepełnosprawnościami</b> (należy zaznaczyć tylko jedno pole z możliwych do wyboru)</p>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania danych
<p><b>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)</b> (należy zaznaczyć tylko jedno pole z możliwych do wyboru)</p>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania danych



## OŚWIADCZENIA

### DOTYCZĄCE PROJEKTU:

- Oświadczam, iż jestem osobą uprawnioną do uczestnictwa w projekcie i wyrażam zgodę na uczestnictwo w nim.
- Zostałam poinformowana, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.
- Zapoznałam się z Regulaminem projektu i akceptuję jego postanowienia.
- Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych/monitoringowych prowadzonych w trakcie i po zakończeniu udziału w Projekcie.
- Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
- Nie byłam karana za przestępstwo przeciwko mieniu, wiarygodności dokumentów, obrotowi gospodarczemu, obrotowi pieniędzmi i papierami wartościowymi lub za przestępstwo skarbowe.
- Zostałam pouczona o odpowiedzialności za złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą lub zatajenie prawdy i niniejszym oświadczam, że wszystkie podane w procesie rekrutacyjnym dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

### ZOBOWIĄZUJE SIĘ DO:

- wypełnienia wszelkiej niezbędnej dokumentacji związanej z udziałem w projekcie.
- poinformowania Biura Projektu o ewentualnej rezygnacji z udziału w projekcie w trybie natychmiastowym.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNICZKI PROJEKTU - PACJENTKI

