I. FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU pn.: „Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim" nr POWR.05.01.00-00-0004/18-00/77/2018/762 realizowanym przez Wielkopolskie Centrum Onkologii wraz z partnerami: Wielkopolskim Związkiem Pracodawców Ochrony Zdrowia oraz Stowarzyszeniem Chorych na Czerniaka, w ramach osi priorytetowej
V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne.

Należy zaznaczyć **X** przy właściwej formie wsparcia:

- ☐ Udział w programie zdrowotnym – usługa medyczna/zdrowotna
- ☐ Szkolenie POZ/kurs

FORMULARZ - PROSIMY o WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI **Dane osobowe kandydata/-ki do projektu**	
Imię:	
Nazwisko:	
Data i miejsce urodzenia :	Wiek w chwili przystąpienia do projektu:
PESEL ……..	Płeć: ☐ K ☐ M
☐ BRAK PESEL (w przypadku obcokrajowców)	
Wykształcenie (zgodnie z Międzynarodowym Standardem Klasyfikacji Kształcenia)	□ Niższe niż podstawowe (ISCED 0) □ Podstawowe (ISCED 1) □ Gimnazjalne (ISCED 2) □ Ponadgimnazjalne - *ukończone na poziomie szkoły średniej - liceum, technikum, szkoła zawodowa* (ISCED 3) □ Pomaturalne - *ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym* (ISCED 4) □ Wyższe (ISCED 5-8)

Dane kontaktowe kandydata/-ki do projektu *(Miejsce zamieszkania w rozumieniu art. 25 Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu)*		
Usługobiorca: □ indywidualny □ instytucjonalny		
Kraj:		
□ Ulica □ Osiedle		
Numer budynku:	Numer lokalu:	Miejscowość:
Powiat:		Kod pocztowy:
Gmina:	Województwo:	
Numer telefonu kontaktowego		
Adres e-mail		

Status osoby na rynku pracy w chwili przystępowania do projektu – wybierz jedną z poniższych odpowiedzi A lub B lub C lub D:	
A □ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	□ tak, długotrwale □ inne
B □ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	□ tak, długotrwale □ inne
C □ osoba bierna zawodowo	□ inne □ osoba ucząca się □ osoba nie uczestnicząca w kształceniu/szkoleniu
D □ osoba pracująca	□ osoba pracująca w administracji rządowej □ osoba pracująca w administracji samorządowej □ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie □ osoba pracująca w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie □ osoba pracująca w organizacji pozarządowej □ Osoba prowadząca działalność na własny rachunek □ Inne

Wykonywany zawód (wypełnia osoba pracująca) - **proszę wybrać jedną z poniższych odpowiedzi** :

- ☐ 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 (proszę podkreślić prawidłowe):
  - lekarz POZ
  - lekarz specjalista
  - pielęgniarka
  - edukator zdrowotny
- ☐ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
- ☐ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
- ☐ pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
- ☐ pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej
- ☐ rolnik
- ☐ inny (jaki ?) …….

Zatrudniona/y w (miejsce zatrudnienia) :

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu – w każdej pozycji A, B, C, D wybierz jedną odpowiedź:

A. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia?	□ odmowa podania informacji	□ tak	□ nie
B. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań? (zgodnie z europejską typologią bezdomności I wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje sie okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: bez dachy nad głową, bez miejsca zamieszkania , niezabezpieczone zakwaterowanie)		□ tak	□ nie
C. Osoba z niepełnosprawnościami?* *(Istnieje możliwość odmowy podania danych)*	□ odmowa podania informacji	□ tak	□ nie
D. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)?	□ odmowa	□ tak	□ nie

***W przypadku osób z niepełnosprawnościami prosimy o poinformowanie nas o swoich potrzebach, umożliwi to przygotowanie odpowiedniej pomocy oraz sprawną obsługę.**

Projekt „Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim" jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020

II. DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE pn. „Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim" nr POWR.05.01.00-00-0004/18-00/77/2018/762 realizowanym przez Wielkopolskie Centrum Onkologii wraz z partnerami: Wielkopolskim Związkiem Pracodawców Ochrony Zdrowia oraz Stowarzyszeniem Chorych na Czerniaka, w ramach osi priorytetowej
V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne.

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż:

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu pn. „Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim" nr POWR.05.01.00-00-0004/18-00/77/2018/762 realizowanym przez Wielkopolskie Centrum Onkologii wraz z partnerami: Wielkopolskim Związkiem Pracodawców Ochrony Zdrowia oraz Stowarzyszeniem Chorych na Czerniaka, w ramach osi priorytetowej
V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne, akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim;
2. Spełniam wszystkie wymogi formalne i zasady udziału określone w Regulaminie Projektu;
3. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne
4. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
5. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych;
6. Zostałem poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia;
7. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez ***Wielkopolskie Centrum Onkologii wraz z partnerami: Wielkopolski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia i Stowarzyszenie Chorych na Czerniaka*** oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej;
8. Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
9.Oświadczam, że dane zawarte w Kwestionariuszu Osobowym/Formularzu Zgłoszeniowym oraz ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.

_____	_____
Miejscowość i data	*Czytelny podpis Kandydata*