***Załącznik 1***

|  |  |
| --- | --- |
| **Miejsce składania dokumentów przez pacjenta (wypełnia lekarz)** | |
| **Placówka podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)** | **Ośrodek Wczesnej Diagnostyki  w Lublinie (OWD)** |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

(PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię (imiona) i nazwisko** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Płeć** | | K | | | | | | | | | | | | M | | | | | | | | | | | | |
| **PESEL** | |  |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  | |  | | |  |  |  |
| **Data i miejsce urodzenia** | |  | | | | | | | | **Wiek w chwili przystąpienia do projektu** *(liczba skończonych lat  w momencie wypełniania dokumentów rekrutacyjnych)* | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **Wykształcenie** | | niższe niż podstawowe (ISCED 0) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| podstawowe (ISCED 1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| gimnazjalne (ISCED 2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ponadgimnazjalne (ISCED 3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| policealne (ISCED 4) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| wyższe (ISCED 5-8) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DANE KONTAKTOWE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adres zamieszkania** *(miejscem zamieszkania osoby fizycznej, w rozumieniu KC, jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu)* | | Województwo | | | | |  | | | | | | | | | | Powiat | | | | |  | | | | |
| Kod pocztowy | | | | |  | | | | | | | | | | Gmina | | | | |  | | | | |
| Miejscowość | | | | |  | | | | | | | | | | Ulica | | | | |  | | | | |
| Nr domu | | | | |  | | | | | | | | | | Nr lokalu | | | | |  | | | | |
| **Obszar (miejsca zamieszkania)** | | miejski (tereny gęsto zaludnione DEGURBA 1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| miejsko-wiejski (tereny pośrednie DEGURBA 2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| wiejski (tereny słabo zaludnione DEGURBA 3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Telefon kontaktowy** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **E-mail (adres poczty elektronicznej)** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SZCZEGÓŁY WSPARCIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Status osoby na rynku pracy  w chwili przystąpienia do projektu** | | | | osoba pracująca lub prowadząca działalność gospodarczą | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| długotrwale bezrobotna  *(oznacza osobę bezrobotną, która: a) w przypadku osoby poniżej 25 roku życia pozostaje bezrobotna nieprzerwanie przez minimum 6 miesięcy, b) w przypadku osoby powyżej 25 roku życia pozostaje bezrobotna nieprzerwanie przez minimum 12 miesięcy)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy,   w tym: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| długotrwale bezrobotna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| osoba bierna zawodowo, w tym:   *(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)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| osoba ucząca się lub kształcąca  osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Osoba pracująca (wypełniają tylko osoby pracujące)** | | | | osoba pracująca w administracji rządowej | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| osoba pracująca w administracji samorządowej | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| osoba pracująca w MMŚP (mikro, małe, średnie przedsiębiorstwa) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| osoba prowadząca działalność na własny rachunek | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| osoba pracująca w organizacji pozarządowej | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| inne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wykonywany zawód (wypełniają tylko osoby pracujące) i miejsce zatrudnienia (nazwa pracodawcy)** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **STATUS UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** | | | | | | | | | | | | | | | tak  nie  odmawiam podania danych | | | | | | | | | | | |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem  z dostępu do mieszkań** | | | | | | | | | | | | | | | tak  nie | | | | | | | | | | | |
| **Osoba z niepełnosprawnościami** | | | | | | | | | | | | | | | tak  nie  odmawiam podania danych | | | | | | | | | | | |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)** | | | | | | | | | | | | | | | tak  nie  odmawiam podania danych | | | | | | | | | | |
| **KRYTERIA REKRUTACJI I UCZESTNICTWA**  **(WYPEŁNIAJĄ TYLKO PRACOWNICY SŁUŻBY ZDROWIA – LEKARZE I PIELĘGNIARKI)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Specjalizacja** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nr wykonywania zawodu**  *(należy załączyć kopię dokumentu potwierdzającego prawo wykonywania zawodu lekarza/pielęgniarki)* | | | |  | | | | | | | **Pieczęć imienna** *(jeśli dotyczy)* | | | | | |  | | | | | | | | |
| **Nazwa miejsca pracy** *(w przypadku lekarzy/pielęgniarek POZ wymagane jest zaświadczenie o zatrudnieniu w POZ)* | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane teleadresowe miejsca pracy** | | | | Województwo | | | |  | | | | | | | | | | | Powiat | |  | | | | |
| Kod pocztowy | | | |  | | | | | | | | | | | Gmina | |  | | | | |
| Miejscowość | | | |  | | | | | | | | | | | Ulica | |  | | | | |
| Nr domu | | | |  | | | | | | | | | | | Nr lokalu | |  | | | | |
| NIP miejsca pracy | | | |  | | | | | | | | | | | Telefon do pracy | |  | | | | |
| **Obszar miejsca pracy** | | | | miejski (tereny gęsto zaludnione DEGURBA 1)  miejsko-wiejski (tereny pośrednie DEGURBA 2)  wiejski (tereny słabo zaludnione DEGURBA 3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

………………………………………… ……….………………………………  
**Miejscowość i data wypełniania dokumentów Podpis Uczestnika/Uczestniczki**