***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**