

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 CZYTELNIIE, 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 <i>(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)</i>
	☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: ☐ długotrwale bezrobotna
	☐ 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> ☐ 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 PIEŁĘGNIARKI)			
Specjalizacja			
Nr wykonywania zawodu <i>(należy załączyć kopię dokumentu potwierdzającego prawo wykonywania zawodu lekarza/pielęgniarki)</i>		Pieczęć imienna <i>(jeśli dotyczy)</i>	
Nazwa miejsca pracy <i>(w przypadku lekarzy/pielęgniarek POZ wymagane jest zaświadczenie o zatrudnieniu w POZ)</i>			
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

