



**Formularz zgłoszeniowy do Projektu:
Wsparcie zdrowotne pracowników „Uzdrowiska Busko-Zdrój” S.A.
FESW.07.01-IZ.00-0096/24**

Wypełnia osoba przyjmująca Formularz zgłoszeniowy:	
Data wpływu Formularza Zgłoszeniowego	Podpis osoby przyjmującej Formularz

DANE PRACOWNIKA			
DANE PERSONALNE			
Imię/imiona:		Nazwisko:	
PESEL:		Płeć:	kobieta
Obywatelstwo:			
ADRES ZAMIESZKANIA			
Miejscowość:	Ulica:		
Numer domu:	Numer lokalu:	Kod pocztowy: NIE	Pocztą:
Gmina:	Powiat:		
Województwo:	Obszar (miejski lub wiejski)		
ADRES DO KORESPONDENCJI (podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania):			
Miejscowość:	Ulica:		
Numer domu:	Numer lokalu:	Kod pocztowy:	Pocztą:
Gmina:	Powiat:		
Województwo:	Obszar (miejski lub wiejski):		
DANE KONTAKTOWE			
Numer telefonu:	Adres e-mail:		
OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKSZTAŁCENIA (wybrać z poniższej listy i wpisać poniżej – należy wykazać jeden, najwyższy ukończony poziom kształcenia):			
Zgodnie z Międzynarodową Standardową Klasyfikacją Kształcenia (ISCED)			
• niższe niż podstawowe (ISCED 0) • podstawowe (ISCED 1)			





- gimnazjalne (ISCED 2)
- ponadgimnazjalne - ukończona szkoła średnia, zasadnicza (ISCED 3)
- policealne - kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, lecz nie będące wykształceniem wyższym (ISCED 4)
- studia krótkiego cyklu – poniżej poziomu studiów licencjackich (ISCED 5)
- wyższe - licencjackie (ISCED 6)
- wyższe - magisterskie (ISCED 7)
- wyższe - doktoranckie i wyższe stopnie wykształcenia (ISCED 8)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STATUSU ZAWODOWEGO (właściwe zaznaczyć):

1. Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy: ☐ TAK ☒ NIE
W tym jestem osobą długotrwale bezrobotną: ☐ TAK ☒ NIE
2. Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w Urzędzie Pracy: ☐ TAK ☒ NIE
W tym jestem osobą długotrwale bezrobotną: ☐ TAK ☒ NIE
3. Jestem osobą bierną zawodowo ☐ TAK ☒ NIE
W tym osobą uczącą się (uczestniczącą w kształceniu formalnym, tj. uczęszczającą do szkoły/placówki kształcenia formalnego, obowiązkowego) ☐ TAK ☒ NIE
W tym osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu ☐ TAK ☒ NIE
4. Jestem osobą pracującą ☒ TAK ☐ NIE
- zatrudnioną w:
- ☐ administracji rządowej ☐ administracji samorządowej ☐ organizacji pozarządowej
- ☒ dużym przedsiębiorstwie ☐ mikro, małym bądź średnim ☐ prowadzę działalność
- ☐ inne ☐ przedsiębiorstwie ☐ na własny rachunek

w związku z powyższym wykonuję następujący zawód:

- ☐ instruktor praktycznej nauki zawodu ☐ nauczyciel kształcenia ogólnego
- ☐ nauczyciel wychowania przedszkolnego ☐ nauczyciel kształcenia zawodowego
- ☒ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia ☐ pracownik instytucji rynku pracy
- ☐ kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej ☐ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
- ☐ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny ☐ pracownik ośrodka
- wsparcia i pieczy zastępczej ☐ ekonomii społecznej
- ☐ pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej ☐ rolnik
- ☒ inny, jaki? :

Moje miejsce pracy to (należy podać nazwę firmy/instytucji): „Uzdrowisko Busko-Zdrój” S.A.

Staż pracy w latach:

POZOSTAŁE INFORMACJE O PRACOWNIKU – świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam że (zaznaczyć właściwe lub wpisać TAK/NIE):

1. Jestem osobą zatrudnioną na terenie województwa świętokrzyskiego
2. Jestem osobą z niepełnosprawnością
W przypadku odpowiedzi twierdzącej do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię:
- orzeczenia o niepełnosprawności/ o stopniu niepełnosprawności
 - dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza, tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię.
- Oryginały do wglądu





3. Jestem osobą z krajów trzecich

☐ TAK☐ NIE

W przypadku odpowiedzi twierdzącej do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię:

- dokumentu upoważniającego do pobytu i pracy, np. wiza, karta pobytu (czasowego, stałego lub rezydenta długoterminowego UE) lub dokumentu potwierdzającego objęcie ochroną, lub powiadomienia o nadaniu numeru PESEL ze statusem UKR

Oryginały do wglądu.

4. Jestem osobą obcego pochodzenia

☐ TAK☐ NIE

W przypadku odpowiedzi twierdzącej do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię:

- dokumentu upoważniającego do pobytu i pracy, np. wiza, karta pobytu (czasowego, stałego lub rezydenta długoterminowego UE) lub dokumentu potwierdzającego objęcie ochroną, powiadomienia o nadaniu nr PESEL ze statusem UKR
- dokumentu potwierdzającego tożsamość i obywatelstwo,
- zaświadczenia o zarejestrowaniu pobytu obywatela UE.

Oryginały do wglądu.

5. Jestem osobą należącą do mniejszości,

w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie

☐ TAK☐ NIE

W przypadku odpowiedzi twierdzącej do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć oświadczenie o przynależności do mniejszości narodowych lub etnicznych.

6. Jestem osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań ☐ TAK ☐ NIE

W przypadku odpowiedzi twierdzącej do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć:

- zaświadczenie z odpowiedniej instytucji (OPS, schronisko)
- oświadczenie o dotknięciu wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub byciu osobą w kryzysie bezdomności

7. Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej

Wpisz TAK jeśli:

a. jesteś osobą z niepełnosprawnością

b. jesteś osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

c. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

d. jesteś osobą o niskich kwalifikacjach - osoba o niskich kwalifikacjach to osoba posiadająca wykształcenie na poziomie do ISCED 3 włącznie

e. jesteś osobą zamieszkującą obszary oznaczone jako DEGURBA 3

SPECJALNE POTRZEBY– zaznaczyć odpowiednie jeśli dotyczy

Proszę zaznaczyć usługę, której potrzebuje pracownik zgłaszany do projektu:

1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/Systemu Językowo-Migowego

☐ TAK☐ NIE

2. Pętla indukcyjna (system wspomagania słuchu)

☐ TAK☐ NIE

3. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną

☐ TAK☐ NIE

4. Szczególne potrzeby w zakresie żywienia

☐ TAK☐ NIE

5. Inne

☐ TAK☐ NIE

Jeżeli w pkt. 4 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby w zakresie żywienia:

Jeżeli w pkt. 5 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby:

INFORMACJA O ZAINTERESOWANIU FORMAMI WSPARCIA W PROJEKCIE

Oświadczam, że jestem zainteresowany/a następującym formami wsparcia w ramach projektu





- ☐ zapewnienie pakietu badań diagnostycznych, dostosowanych do płci, wieku i charakteru wykonywanej pracy, wykraczających poza zakres podstawowych badań profilaktycznych
- ☐ doposażenie/wyposażenie stanowisk pracy mające na celu zapewnienie ergonomii oraz bezpieczeństwa stanowiska pracy
- ☐ kursy/szkolenia przekwalifikowujące pracowników do wykonywania innej, mniej obciążającej pracy (na innym stanowisku)
- ☐ edukacja zbiorowa na terenie zakładu pracy prowadzona przez fizjoterapeutę/ psychologa/ psychoterapeutę – właściwa organizacja stanowiska pracy z uwzględnieniem zasad ergonomii, diagnoza zachowań zdrowotnych pracowników na danym stanowisku pracy, ćwiczenia korekcyjne pozwalające zapobiec dalszemu postępowaniu zdiagnozowanych wad, edukacja w zakresie chorób cywilizacyjnych (tj. profilaktyka uzależnień, radzenie sobie ze stresem)
- ☐ pakiety rehabilitacyjne dla pracowników umożliwiające powrót do pracy lub pozostanie w zatrudnieniu (w tym również pracowników przebywających na długotrwałych zwolnieniach lekarskich)
- ☐ działania wspierające równe traktowanie i niedyskryminację wśród pracowników np.: szkolenia na temat niedyskryminacji w miejscu pracy.

WYBRANY SPOSÓB POINFORMOWANIA O WYNIKACH REKRUTACJI:

Wnioskuje o poinformowanie mnie o wynikach rekrutacji w następujący sposób:

- ☐ telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym w niniejszym formularzu
- ☐ mailowo na adres e-mail wykazany w niniejszym formularzu
- ☐ listownie na adres korespondencyjny wykazany w niniejszym formularzu

Miejscowość i data: BUSKO-ZDRÓJ 02.06.2025 r. **Czytelny podpis:**.....

POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA:

1. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym Formularzu dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej (w rozumieniu definicji wskazanych w Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie: Wsparcie zdrowotne pracowników „Uzdrowiska Busko-Zdrój” S.A., numer projektu: FESW.07.01-IZ.00-0096/24, potwierdzają stan faktyczny i są zgodne z prawdą oraz że spełniam kryteria uprawniające mnie do udziału w ww. projekcie.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie: Wsparcie zdrowotne pracowników „Uzdrowiska Busko-Zdrój” S.A., numer projektu FESW.07.01-IZ.00-0096/24 oraz akceptuję zawarte w nim warunki.
3. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że projekt: Wsparcie zdrowotne pracowników „Uzdrowiska Busko-Zdrój” S.A. jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego PLUS w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027.
4. Nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego PLUS.

Miejscowość i data: **r. Czytelny podpis:**.....





Imię i Nazwisko Pracownika:

ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH POWIERZONYCH DO UDOSTĘPNIENIA**Dane uczestników indywidualnych:**

L.p.	Nazwa
1	Kraj
2	Rodzaj uczestnika
3	Nazwa instytucji
4	Komórka organizacyjna
5	Imię
6	Nazwisko
7	PESEL
8	Płeć
9	Wiek w chwili przystępowania do projektu
10	Wykształcenie
11	Województwo
12	Powiat
13	Gmina
14	Miejscowość
15	Ulica
16	Nr budynku
17	Nr lokalu
18	Kod pocztowy
19	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)
20	Telefon kontaktowy
21	Adres e-mail
22	Data rozpoczęcia udziału w projekcie
23	Data zakończenia udziału w projekcie
24	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu
25	Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia
26	Wykonywany zawód





27	Zatrudniony w (miejsce zatrudnienia)
28	Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie
29	Inne rezultaty dotyczące osób młodych (dotyczy IZM - Inicjatywy na rzecz Zatrudnienia Młodych)
30	Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa
31	Rodzaj przyznanego wsparcia
32	Data rozpoczęcia udziału we wsparciu
33	Data zakończenia udziału we wsparciu
34	Data założenia działalności gospodarczej
35	Kwota przyznanych środków na założenie działalności gospodarczej
36	PKD założonej działalności gospodarczej
37	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
38	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań
39	Osoba z niepełnosprawnościami
40	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących
41	W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu
42	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu
43	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)

.....
miejsowość.....
data.....
czytelny podpis



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisany/a

/imię i nazwisko/

Deklaruję swój udział w projekcie pn. *Wsparcie zdrowotne pracowników „UZDROWISKA BUSKO-ZDRÓJ” S.A.*, współfinansowanym w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027 Priorytet 7. Zdrowi i aktywni zawodowo, Działanie 7.1 Wsparcie zdrowotne świętokrzyskich pracowników w następujących formach wsparcia:

- ☐ pakiety badań diagnostycznych, dostosowanych do płci, wieku i charakteru wykonywanej pracy, wykraczających poza zakres podstawowych badań profilaktycznych
- ☐ doposażenie/wyposażenie stanowisk pracy mające na celu zapewnienie ergonomii oraz bezpieczeństwa stanowiska pracy
- ☐ kursy/szkolenia przekwalifikowujące pracowników do wykonywania innej, mniej obciążającej pracy (na innym stanowisku)
- ☐ edukacja zbiorowa na terenie zakładu pracy prowadzona przez fizjoterapeutę/ psychologa/ psychoterapeutę – właściwa organizacja stanowiska pracy z uwzględnieniem zasad ergonomii, diagnoza zachowań zdrowotnych pracowników na danym stanowisku pracy, ćwiczenia korekcyjne pozwalające zapobiec dalszemu postępowaniu zdiagnozowanych wad, edukacja w zakresie chorób cywilizacyjnych (tj. profilaktyka uzależnień, radzenie sobie ze stresem
- ☐ pakiety rehabilitacyjne dla pracowników umożliwiające powrót do pracy lub pozostanie w zatrudnieniu (w tym również pracowników przebywających na długotrwałych zwolnieniach lekarskich)
- ☐ działania wspierające równe traktowanie i niedyskryminację wśród pracowników np.: szkolenia na temat niedyskryminacji w miejscu pracy.

Jednocześnie oświadczam, iż:

1. Zapoznałam/em się z Regulaminem Rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie i zobowiązuje się do regularnego udziału w formach wsparcia, do których zostałam/em zakwalifikowana/y oraz każdorazowego poświadczania swojej obecności własnoręcznym podpisem na listach obecności.
2. Wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku we wszystkich materiałach promocyjnych i informacyjnych dotyczących Projektu.
3. Wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie realizacji Projektu oraz po jego zakończeniu.
4. Oświadczam, iż zostałam/em poinformowany o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego PLUS.
5. Oświadczam, iż zostałam/em pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
miejsowość

.....
data

.....
czytelny podpis





Oświadczenie

Oświadczam, że zostałem poinformowany o obowiązku przekazywania danych po zakończeniu projektu potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu bezpośredniego (np. statut na rynku pracy, udział w kształceniu lub szkoleniu) do 4 tygodni od zakończeniu udziału w projekcie oraz przyszłego udziału w badaniu ewaluacyjnym, zgodnie z zakresem danych określonych w Wytycznych dotyczących monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021-2027.

.....
miejsowość

.....
data

.....
czytelny podpis

