



**Formularz zgłoszeniowy osoby zgłaszającej się do udziału w projekcie:
„Program prewencji chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów onkologicznych na lata 2021-2022
realizowany przez SPSK-1 w Szczecinie”**

Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Płeć: <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta	
Dane kontaktowe Uczestnika:	
– Kraj Województwo	
– Powiat Gmina	
– Adres zamieszkania	
- Ulica	
- nr budynku i lokalu	
– Kod pocztowy Miejscowość	
Telefon kontaktowy uczestnika	
Adres e-mail.....	
Wykształcenie: <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne	
<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> policealne	
<input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	
<input type="checkbox"/> osoba pracująca.	
<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej	
<input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	
<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Inne	
<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	
<input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Inne	
<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	
<input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Inne	
<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo;	
<input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Inne	
Zawód wykonywany	
<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu	
<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego	
<input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego	
<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego	
<input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia	
<input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej	
<input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy	
<input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego	
<input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej	
<input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej	
<input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej	
<input type="checkbox"/> rolnik	



<input type="checkbox"/> inny	
Rodzaj miejsca pracy (nazwa firmy, w której jest Pan/Pani zatrudniony/a)	
Czy należy Pan/Pani do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> odmowa
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> odmowa
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> odmowa
OŚWIADCZENIA	
Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:	
<ul style="list-style-type: none">- mam ukończone 18 lat i jestem osobą w wieku aktywności zawodowej lub mam ukończone 18 lat i jestem aktywna/y zawodowo lub wyrażam gotowość do podjęcia zatrudnienia;- mój stan zdrowotny umożliwi samodzielne poruszanie się lub z pomocą osoby bliskiej/opiekuna;- nie posiadam orzeczenia o trwałej niezdolności do pracy;- w czasie brania udziału w Programie nie będę korzystał jednocześnie, że świadczeń poradni kardiologicznej finansowanej przez NFZ- jestem samodzielny w podejmowaniu decyzji- wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w Regionalnym Programie Zdrowotnym Województwa Zachodniopomorskiego pt. „Prewencja chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022” (dalej - „Program”) i oświadczam, że uzyskałam(em) wszelkie informacje dotyczące programu oraz wyczerpujące i satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Jednocześnie oświadczam, że jestem świadoma(y) tego, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU