



Tytuł projektu	Zza biurka po zdrowie											
Numer projektu	FEKP.08.08-IZ.00-0008/23											
Oś priorytetowa	08 FUNDUSZE EUROPEJSKIE NA WSPARCIE W OBSZARZE RYNKU PRACY, EDUKACJI I WŁĄCZENIA SPOŁECZNEGO											
Działanie	FEKP.08.08 Wsparcie w obszarze zdrowia											
Program regionalny	Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027											
Realizujący projekt	Miasto Bydgoszcz/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszcy											
Data złożenia formularza (wypełnia pracownik Zespołu projektowego)												
Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus												
FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „ZZA BIURKA PO ZDROWIE”												
DANE OSOBOWE												
Imię (imiona)												
Nazwisko												
PESEL												
Obywatelstwo												
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta					<input type="checkbox"/> Mężczyzna						
ADRES ZAMIESZKANIA												
Ulica												
Numer domu					Numer lokalu							
Miejscowość												
Kod pocztowy				-								
Województwo												
Kraj												
Numer telefonu												
Adres e-mail												
ADRES DO KORESPONDENCJI (należy wypełnić jeśli jest inny niż adres zamieszkania)												
Ulica												
Numer domu					Numer lokalu							
Miejscowość												
Kod pocztowy				-								



DODATKOWE INFORMACJE		
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/> Podstawowe
	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne
	<input type="checkbox"/> Policealne	<input type="checkbox"/> Wyższe
Jestem osobą posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> w tym inne
	<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się / odbywająca kształcenie <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca Nazwa zakładu pracy: <input type="checkbox"/> MOPS Ogrodowa <input type="checkbox"/> MOPS Toruńska	<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty]



Załącznik nr 1 do Regulaminu

	<input type="checkbox"/> DPŚ 1 <input type="checkbox"/> DPŚ 2 <input type="checkbox"/> DPŚ 3 <input type="checkbox"/> DPŚ 4 <input type="checkbox"/> DPŚ 5 <input type="checkbox"/> DPŚ 6 Wykonywany zawód:	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w mikro-, małym- średnim przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne											
Data zatrudnienia w MOPS w Bydgoszczy	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>			-				-					
		-				-							
Zajmowane stanowisko													
OŚWIADCZENIA													
Deklaruję uczestnictwo w następujących formach wsparcia:													
<p>A. Wsparcie obowiązkowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wsparcie w formie zakupu monitorów komputerowych, myszek, podkładek, krzeseł ergonomicznych dla wszystkich uczestników projektu, biurek regulowanych (osoby wymagające krzeseł o podwyższonej wytrzymałości lub regulowanych biurek – informację należy wpisać poniżej) - Konsultacje indywidualne z fizjoterapeutą - pakiet rehabilitacyjny (na podstawie rekomendacji fizjoterapeuty) - mobilne masaże w pracy - warsztat: „Radzenie sobie ze stresem” - warsztat: „Zarządzanie sobą w czasie” - warsztat: „Trudni pracownicy czy trudne sytuacje w pracy” (dla kadry kierowniczej) - Szkolenie w zakresie działań równościowych <p>B. Wsparcie dodatkowe (proszę zaznaczyć wybrane):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> konsultacje z dietetykiem <input type="checkbox"/> warsztat w zakresie kształtowania prawidłowych nawyków żywieniowych <input type="checkbox"/> indywidualne wsparcie psychologiczne <input type="checkbox"/> kurs podstaw samoobrony dla pracowników 													
<p>Zgłaszam specjalne potrzeby w zakresie mojego udziału w projekcie:</p>													



Oświadczam że:

- a) **Wyrażam/nie wyrażam**¹ zgody na upublicznienie mojego wizerunku na potrzeby realizowanego projektu „Zza biurka po zdrowie”.
- b) Jestem pracownikiem Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy.
- c) Nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską.
- d) Zostałem /-am poinformowany/-a że projekt jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
- e) Zapoznałem się z regulaminem uczestnictwa w projekcie „Zza biurka po zdrowie”.
- f) Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art.233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

Bydgoszcz,
(data)

.....
(czytelny podpis kandydata/ki)

Wypełnia pracownik Zespołu Kadr:

Potwierdzam, że pracownik:

1. zatrudniony jest na podstawie umowy o pracę w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Bydgoszczy od: (wpisać datę);
2. posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: dotyczy nie dotyczy
3. zamieszkuje na terenie województwa kujawsko-pomorskiego zgodnie z posiadaną dokumentacją kadrową;
4. wskazał datę urodzenia zgodną z posiadaną dokumentacją kadrową.

Bydgoszcz,
(data)

.....
(podpis i pieczęć pracownika Zespołu Kadr)

¹ niepotrzebne skreślić