



Projekt „Rehabilitacja lecznicza- działania Szpitala im. Kopernika w Łodzi na rzecz aktywności zawodowej„ (FELD.08.04-IZ.00-0055/25)
jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego
2021-2027, Priorytet 8 Fundusze europejskie dla edukacji i kadr w Łódzkiem

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

REH_LECZN_A01

--	--	--	--

FORMULARZ REKRUTACYJNY

do projektu nr FELD.08.04-IZ.00-0055/25 pt. „*Rehabilitacja lecznicza- działania Szpitala im. Kopernika w Łodzi na rzecz aktywności zawodowej*” realizowanego w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, Priorytet 8 Fundusze europejskie dla edukacji i kadr w Łódzkiem, Działanie FELD.08.04 Zdrowy pracownik.

Część A. (wypełnia kandydat)

IMIĘ I NAZWISKO KANDYDATA/TKI	
Data	

Instrukcja dotycząca wypełnienia i składania formularza:

1. Wszystkie pola Formularza rekrutacyjnego muszą być wypełnione.
2. Formularz należy wypełnić komputerowo lub odręcznie (czytelnie).
3. Odpowiedzi na pytania w Formularzu należy zaznaczyć znakiem X.
4. Braki w formularzu będzie można poprawić tylko raz po uprzednim wezwaniu do uzupełnienia.
5. Formularz należy czytelnie podpisać w wyznaczonym miejscu (strona nr 5)
6. Wypełniony formularz wraz z załącznikami można składać:
 - osobiście – od poniedziałku do piątku w godzinach: 8.00–15.00 w rejestracji Wojewódzkiej Przychodni Rehabilitacyjnej ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź (wejście od ul. Sanockiej).
 - za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub kurierem na adres:
Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika,
ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź
 - elektronicznie - na adres email: rehabilitacjalecznicza@kopernik.lodz.pl

I DANE PERSONALNE KANDYDATA/TKI			
1.	Imię		
2.	Nazwisko		
3.	PESEL		
4.	Data urodzenia		Wiek
5.	Płeć	☐ kobieta	☐ mężczyzna
6.	Wykształcenie: ☐ średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) ☐ ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) ☐ wyższe (ISCED 5-8)		
II ADRES ZAMIESZKANIA			
7.	Ulica		
8.	Nr domu		
9.	Nr lokalu		
10.	Kod pocztowy		
11.	Miejscowość		
12.	Gmina		
13.	Powiat		
14.	Województwo		
Na potwierdzenie miejsca zamieszkania należy załączyć: • złożoną za ubiegły rok podatkowy deklarację PIT/ zaświadczenie z urzędu gminy potwierdzające miejsce zamieszkania, • zaświadczenie ze szkoły/uczelni (z adresem miejsca nauki), • zaświadczenie o zatrudnieniu (z adresem miejsca pracy),			
III DANE KONTAKTOWE			
15.	Telefon		
16.	Adres e-mail		
IV ADRES DO KORESPONDENCJI (należy wypełnić jedynie, gdy korespondencja powinna być kierowana na inny adres niż wskazany powyżej)			
17.	Ulica		
18.	Nr domu		
19.	Nr lokalu		
20.	Kod pocztowy		
21.	Miejscowość		
V STATUS KANDYDATA/TKI			
22.	Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	1) osoba pracująca ☐ 2) osoba bezrobotna zarejestrowana jako bezrobotna w powiatowym urzędzie pracy ☐ w tym: ☐ osoba długotrwale bezrobotna (ponad 12 miesięcy w ciągu ostatnich 2 lat) ☐ korzystam ze wsparcia instytucji rynku pracy w zakresie aktywizacji zawodowej	

Na potwierdzenie statusu na rynku pracy należy załączyć:

1.osoby pracujące:

- zaświadczenie o zatrudnieniu od pracodawcy/zleceniodawcy,
- wydruk z CEIDG/KRS,
- potwierdzenie opłaty składek do ZUS/KRUS/zaświadczenie z gminy o prowadzeniu gospodarstwa rolnego,

2.osoby zarejestrowane jako bezrobotne:

- zaświadczenie z PUP o statusie bezrobotnego

23.	Status w chwili przystąpienia do projektu	1) osoba z niepełnosprawnościami ☐ 2) obywatel państwa trzeciego ☐ 3) osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań ☐ 4) osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej) ☐ 5) osoba obcego pochodzenia ☐
-----	---	---

Na potwierdzenie zaznaczonej w pkt. 23 odpowiedzi należy dołączyć kserokopię odpowiednich dokumentów potwierdzających status np.:

- 1) orzeczenia o stopniu niepełnosprawności /legitymację osoby z niepełnosprawnością /inny dokument potwierdzający niepełnosprawność;
- 2) dokumentów wymienionych w ustawie z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, notatka służbowa potwierdzająca weryfikację legalności pobytu na podstawie przedstawionego dokumentu, np. Diia.pl;
- 3) zaświadczenia od właściwej instytucji, wyroku sądowego, pisma ze spółdzielni o zadłużeniu;
- 4) dokumentu potwierdzającego przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej
- 5) karty pobytu

VI. SZCZEGÓLNE POTRZEBY

Czy w związku z uczestnictwem w projekcie posiada Pani/Pan szczególne potrzeby wynikające ze swojego stanu zdrowia/sytuacji osobistej/innej?

☐ TAK (jakie?)

☐ NIE

Część B. (wypełnia pracownik rekrutujący)

VII. KRYTERIA FORMALNE		
Wiek - powyżej 18 roku życia	☐ TAK ☐ NIE	
Miejsce zamieszkania - na terenie województwa łódzkiego	☐ TAK ☐ NIE	
Status osoby pracującej albo bezrobotnej zarejestrowanej	☐ TAK ☐ NIE	
VII. ZDIAGNOZOWANA CHOROBA układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej w minimum jednej ze wskazanych kategorii: M15, M16, M17, M19, M40, M41, M47, M48, M49, M50, M51, M53, M54, M70, M75, M76, M77, M95	☐ TAK ☐ NIE	
Diagnoza potwierdzona dostarczoną dokumentacją medyczną nie starszą niż 12 miesięcy: ☐ zaświadczenie lekarskie ☐ wyniki badań obrazowych i neurofizjologicznych ☐ odpisy dokumentacji leczenia ambulatoryjnego ☐ karty informacyjne leczenia szpitalnego		
VIII. OŚWIADCZENIE	☐ TAK ☐ NIE	
Niekorzystanie w ciągu ostatnich 6 miesięcy z tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania z innych środków publicznych (załącznik 1)		
IX. KRYTERIA FORMALNE DODATKOWE (PREFERENCYJNE)	Liczba punktów	
osoba w wieku 50 lat lub więcej / wg dokumentu tożsamości	☐ TAK	2
kobieta / wg oświadczenia w niniejszym Formularzu	☐ TAK	2
osoba powracająca do pracy po długotrwałym zwolnieniu lekarskim (powyżej 30 dni) / ponownie wracająca na rynek pracy po długotrwałej niezdolności do pracy /wg np. druku e-ZLA	☐ TAK	3
osoba z niepełnosprawnością / wg orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, legitymacji OzN/innych dokumentów	☐ TAK	2
SUMA		/9
Potwierdzam weryfikację tożsamości/wieku/obywatelstwa kandydata/ki na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości. podpis osoby rekrutującej		

Część C. (kandydat zakwalifikowany pod względem formalnym)

X. ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE:

Ja niżej podpisany/na deklaruję przystąpienie do udziału w projekcie pn. „Rehabilitacja lecznicza działania Szpitala im. Kopernika w Łodzi na rzecz aktywności zawodowej”, realizowanym przez Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika z siedzibą w Łodzi przy ul. Pabianickiej 62, 93-513 w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027 i oświadczam, że spełniam powyższe (wskazane w części B) kryteria udziału w projekcie.

Łódź,

(miejscowość, data)

.....

podpis - imię i nazwisko Kandydata/ki*

XI. OŚWIADCZENIE

W związku z przystąpieniem do projektu oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z „Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie” i akceptuję jego treść,
2. jestem świadomy/a, że złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie,
3. dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
4. jestem świadomy/a, iż w razie złożenia przeze mnie oświadczenia niezgodnego z prawdą, skutkującego po stronie Beneficjenta obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na sfinansowanie mojego udziału w projekcie, Beneficjent będzie miał prawo dochodzić ode mnie roszczeń na drodze cywilnoprawnej.

Łódź,

(miejscowość, data)

.....

podpis - imię i nazwisko Kandydata/ki*

Klauzula informacyjna RODO dla uczestnika indywidualnego projektu

Szanowna/y Pani/Panie,

zgodnie z art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679

z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej zwane „RODO”) uprzejmie informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zarząd Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051, al. Piłsudskiego 8, tel.: 42 663 30 00, e-mail: info@lodzkie.pl

2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować w sprawie przetwarzania danych osobowych pisząc na adres e-mail: iod@lodzkie.pl lub na adres siedziby administratora.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu: realizacji projektu i jego rozliczenia, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, a także w celach archiwizacyjnych.

4. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w szczególności jest:

- art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO (w przypadku danych zwykłych) oraz art. 9 ust. 2 lit. g-j RODO w związku z:

- Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej;
- Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;
- ustawą z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027;
- ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

5. Przetwarzane dane to:

Imię, nazwisko, obywatelstwo, PESEL/inny identyfikator, płeć, wiek, wykształcenie, adres, obszar według stopnia urbanizacji (DEGURBA), numer telefonu, adres e-mail, status na runku pracy, planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia, data rozpoczęcia udziału

we wsparciu, data zakończenia udziału we wsparciu, data założenia działalności gospodarczej, sytuacja po zakończeniu udziału w projekcie, status uczestnika (przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantów, obce pochodzenie, bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe, niepełnosprawność), dane dotyczące zdrowia (w zależności od projektu).

6. Źródło Pani/Pana danych: Dane pozyskujemy bezpośrednio od osób, których one dotyczą, albo od instytucji i podmiotów zaangażowanych w realizację Programu, w tym w szczególności od Beneficjenta i Partnera.
7. Odbiorcami/kategoriami odbiorców Pani/Pana danych osobowych będą:
- Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego;
 - podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu;
 - podmioty, wykonujące dla IZ FEŁ2027 usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności (np. dostawcy rozwiązań IT i operatorzy telekomunikacyjni), operatorzy pocztowi, firmy kurierskie;
 - podmioty dokonujące badań, kontroli, audytu, ewaluacji na zlecenie IZ FEŁ2027 w związku z realizacją programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.
8. Dane będą przechowywane przez okres: 5 lat od dnia 31 grudnia roku, w którym IZ FEŁ2027 dokonała ostatniej płatności na rzecz Beneficjenta. Okres, o którym mowa w zdaniu pierwszym, zostaje wstrzymany w przypadku wszczęcia postępowania prawnego albo na wniosek Komisji Europejskiej. Dokumenty dotyczące pomocy publicznej udzielanej w ramach projektu przechowywane będą przez 10 lat, licząc od dnia jej przyznania, o ile projekt dotyczy pomocy publicznej.
9. Posiada Pani/Pan prawo do:
- dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - sprostowania (poprawiania) swoich danych, jeśli są błędne lub nieaktualne;
 - usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadku wystąpienia przesłanek określonych w art. 17 i 18 RODO;
 - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w przypadku wystąpienia przesłanek, o których mowa w art. 21 RODO;
 - przenoszenia swoich danych osobowych w sytuacji, w której przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, jeśli jej stroną jest osoba, której dane dotyczą – art. 6. ust. 1 lit. b) RODO i jednocześnie przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany¹;
 - wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych Adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2 00-193 Warszawa.

Łódź,
(miejscowość, data)

.....
podpis - imię i nazwisko Kandydata/ki*

¹ Jeśli dotyczy