

## Formularz zgłoszeniowy do projektu „Program przeciwdziałania przedwczesnemu opuszczaniu rynku pracy przez pracowników firm świadczących usługi księgowe z terenu KOF”

### Dane personalne

1.	<b>Imię (imiona)</b>	
2.	<b>Nazwisko</b>	
3.	<b>Pesel</b>	
4.	<b>Data urodzenia</b>	
5.	<b>Płeć</b>	kobieta / mężczyzna*
6.	<b>Osoba z niepełnosprawnościami</b>	TAK/ NIE / odmowa podania informacji*
7.	<b>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</b>	TAK/ NIE / odmowa podania informacji*
8.	<b>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b>	TAK/ NIE*
9.	<b>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)</b>	TAK/ NIE / odmowa podania informacji*
10.	<b>Ulica</b>	
11.	<b>Nr domu</b>	<b>Nr lokalu</b>
12.	<b>Miejscowość</b>	
13.	<b>Kod pocztowy</b>	
14.	<b>Województwo</b>	
15.	<b>Powiat</b>	
16.	<b>Telefon stacjonarny</b>	
17.	<b>Telefon komórkowy</b>	
18.	<b>Adres poczty elektronicznej (e-mail)</b>	
19.	<b>Wykształcenie</b>	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 1 - brak formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1 – kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2 - kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)

\*niepotrzebne skreślić

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

		<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3 - kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4 - kształcenie ukończone na poziomie szkoły policealnej) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8 – pełne i zakończone wykształcenie na poziomie wyższym licencjackim i/lub magisterskim)
20.	<b>Jestem osobą z problemami w zakresie narządów ruchu np. problemy, ortopedyczne, urazowe, zwyrodnieniowe</b>	TAK/ NIE*
21.	<b>Oświadczam, że:</b> a) jestem pracownikiem <input type="checkbox"/> FPD Sp. z o.o. Biuro Rachunkowe <input type="checkbox"/> Biuro Rachunkowe BIUREX Sp. z o.o. <input type="checkbox"/> Kancelaria Doradcy Podatkowego Michał Cielibała <input type="checkbox"/> Biuro Rachunkowe „MARTA” Marta Szewczyk –Nadrzewia b) uprzedzony/a od odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą. c) zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. d) nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego	
22.	<b>Deklaruję uczestnictwo w następujących obowiązkowych formach wsparcia:</b>  <b>A. Wsparcie obowiązkowe:</b> - Pakiet badań profilaktycznych - Konsultacje indywidualne z fizjoterapeutą – 2h - Pakiet rehabilitacyjny podstawowy (8 zabiegów) - Warsztaty przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu dla pracowników – 8h - Piknik edukacyjno-zdrowotny dla pracowników i ich rodzin  <b>B. Zajęcia obowiązkowe dla kadry zarządzającej (wstawić znak „x” w przypadku zatrudnienia na stanowisku kierowniczym)</b> <input type="checkbox"/> Coaching – 5h  <b>C. Usługi zdrowotne uzależnione od stanu zdrowia na podstawie rekomendacji fizjoterapeuty</b> (Zwiększenie ergonomii stanowisk pracy, Zajęcia na siłowni, Zajęcia na basenie, Klawiterapia (5 sesji), Sanatoryjne leczenie rehabilitacyjne „Pakiet dla kręgosłupa”(4 dni))	
23.	<b>Zgłaszam specjalne potrzeby w zakresie udziału w Projekcie:</b> ..... .....	

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis uczestnika projektu