



Załącznik nr 2 **KARTA REKRUTACYJNA UDZIAŁU W PROJEKCIE**
„Profilaktyka WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim”
Nr projektu RPKP.08.06.02-04-0002/20

1. DANE PERSONALNE												
Imię/Imiona:								Nazwisko:				
Płeć:	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> M	Wiek:		PESEL:							
Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> niższe niż podst.		<input type="checkbox"/> podstawowe		<input type="checkbox"/> gimnazjalne							
	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne		<input type="checkbox"/> policealne		<input type="checkbox"/> wyższe							
2. MIEJSCE ZAMIESZKANIA												
Kraj:								Województwo:				
Powiat:								Gmina:				
Miejscowość:								Kod pocztowy:				
Ulica:								Numer budynku:			Numer lokalu:	
Telefon:								E-mail:				
3. INFORMACJA NA TEMAT SYTUACJI SPOŁECZNEJ UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI												
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia.				<input type="checkbox"/> tak		<input type="checkbox"/> nie		<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji*				
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań.				<input type="checkbox"/> tak				<input type="checkbox"/> nie				
Osoba z niepełnosprawnościami.				<input type="checkbox"/> tak		<input type="checkbox"/> nie		<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji*				
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej niż wymienione wyżej.				<input type="checkbox"/> tak		<input type="checkbox"/> nie		<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji*				
4. OŚWIADCZENIE I DEKLARACJE												
<p>1. Oświadczam, że dane wpisane w niniejszym kwestionariuszu są zgodne z prawdą.</p> <p>2. Oświadczam, że nie jestem/byłem uczestnikiem Pilotażowego programu profilaktyki nowotworów wątroby poprzez wczesne wykrywanie przewlekłych zakażeń HCV i HBV u dorosłych mieszkańców Polski, realizowanych w ramach PO WER oraz nie leczę się z powodu WZW B i C, a także nie jestem objęty(a) żadnym innym programem terapeutyczno-diagnostycznym w związku z zakażeniem WZW B lub C, finansowanym z NFZ, jak również nie biorę udziału w analogicznym projekcie u innego Beneficjenta, finansowanego ze środków publicznych.</p> <p>3. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z regulaminem projektu „Profilaktyka WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim” o numerze RPKP.08.06.02-04-0002/20 i akceptuję jego warunki.</p> <p>5. Oświadczam, że otrzymałem/-am broszurę informacyjną nt. profilaktyki WZW B i C wraz z wyczerpującymi informacjami na temat tej choroby i jej zapobiegania.</p> <p>6. Deklaruję chęć uczestnictwa w projekcie „Profilaktyka WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim” o numerze RPKP.08.06.02-04-0002/20 i zostałem poinformowany, że jest on realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 i jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego.</p>												
.....											
data						czytelny podpis osoby składającej oświadczenie						



5. STATUS UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI NA RYNKU PRACY

Prosimy o zaznaczenie wszystkich punktów, które odnoszą się do Państwa sytuacji.

Osoba **bezrobotna zarejestrowana**

w Urzędzie Pracy

- długotrwale bezrobotna (ponad 12 miesięcy)
- inne

Osoba **bezrobotna niezarejestrowana**

w Urzędzie Pracy

- długotrwale bezrobotna (ponad 12 miesięcy)
- inne

Osoba **bierna zawodowo**

- ucząca się
- nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
- inne (np. urlop wychowawczy, emerytura)

Osoba **pracująca w:**

- administracji rządowej
- administracji samorządowej
- organizacji pozarządowej
- w mikro/małym/średnim przedsiębiorstwie (maksymalnie do 250 pracowników)
- w dużym przedsiębiorstwie (ponad 250 pracowników)
- samozatrudniona/pracująca na własny rachunek
- inne

Wykonywany zawód:

- Instruktor praktycznej nauki zawodu
- Nauczyciel kształcenia ogólnego
- Nauczyciel wychowania przedszkolnego
- Nauczyciel kształcenia zawodowego
- Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
- Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
- Pracownik instytucji rynku pracy
- Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
- Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
- Pracownik ośrodka wspierania ekonomii społecznej
- Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
- Rolnik
- Inny

Miejsce zatrudnienia (nazwa):

Świadoma zgoda na udział w projekcie pt. „Profilaktyka WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim” o numerze RPKP.08.06.02-04-0002/20.

Ja niżej podpisany/.....

(imię i nazwisko)

wyrażam zgodę na udział w projekcie „Profilaktyka WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim „o numerze RPKP.08.06.02-04-0002/20.

Oświadczam, że uzyskałem/-am informacje dotyczące ww. projektu oraz otrzymałem/-am wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w projekcie i jestem świadomy/-a faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny.

Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

.....

data i czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki