**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI

**Uczestnik** ………………………………………………………………

*(nazwisko i imię uczestnika)*

**Nr PESEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Data urodzenia ….........................

Miejsce zamieszkania**………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

(adres zamieszkania: ulica, nr domu, kod, miejscowość)

……………………………………….. ………………………………………………………

*(nr tel. Do kontaktu ) (adres e-mail)*

1.Deklaruję udział w Projekcie pn. *„***Projekt rehabilitacji psychologicznej*”.***

2.Oświadczam, że spełniam warunki dotyczące uczestnictwa w Projekcie.

3.Wyrażam zgodę na wykorzystanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku dla celów działań informacyjno - promocyjnych związanych z realizacją Projektu.

4.Zostałem poinformowany, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

5.Uprzedzony/-a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszej Deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Oświadczenia dotyczące rekrutacji do projektu: (Proszę zaznaczyć kółkiem: TAK, NIE )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nie korzystałem/łam w ciągu 6 m-cy przed zgłoszeniem się do Programu ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych | TAK | NIE |
| Wiek - w przypadku kobiet: 18-59 lat, w przypadku mężczyzn: 18-64 lata | TAK | NIE |
| Pozostaję aktywny/wna zawodowo lub deklarującym gotowość do podjęcia zatrudnienia. | TAK | NIE |
| Zamieszkuję na terenie województwa śląskiego. | TAK | NIE |
| Rozpoznanie w wywiadzie: zaburzeń depresyjnych nawracających (F33), zaburzeń lękowych uogólnionych (F41.1), zaburzeń stresowych pourazowych (F.43.1) lub zaburzeń adaptacyjnych (F43.2); | TAK | NIE |
| Zakończenie leczenia właściwego ww. zaburzeń | TAK | NIE |
| Mam 50 lat lub więcej | TAK | NIE |



…………………………, …………………………………………

*Miejscowość Czytelny podpis uczestnika projektu*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKÓW PROJEKTU POWIERZONYCH DO PRZETWARZANIA w ramach projektu:

*„***Projekt rehabilitacji psychologicznej*”***

***\*****Wypełnia NZOZ - Realizator projektu*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dane uczestnika | 1 | Imię |  | | | | |
| 2 | Nazwisko |  | | | | |
| 3 | PESEL |  | | | | |
| 4 | Kraj |  | | | | |
| 5 | Płeć |  | | | | |
| 6 | Data urodzenia |  | | | | |
| 7 | Wiek |  | | | | |
| 8 | Wykształcenie |  | | | | |
| Dane kontaktowe uczestnika | 9 | Kraj |  | | | | |
| 10 | Województwo | Śląskie | | | | |
| 11 | Powiat |  | | | | |
| 12 | Gmina |  | | | | |
| 13 | Miejscowość |  | | | | |
| 14 | Ulica |  | | | | |
| 15 | Nr budynku |  | | | | |
| 16 | Nr lokalu |  | | | | |
| 17 | Kod pocztowy |  | | | | |
| 18 | Telefon kontaktowy |  | | | | |
| 19 | Adres e-mail |  | | | | |
| Szczegóły  i rodzaj wsparcia | 20 | Data rozpoczęcia udziału w projekcie | | \* | | | |
| 21 | Data zakończenia udziału w projekcie | | \* | | | |
| 22 | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | | |  | | |
| 23 | Wykonywany zawód | | |  | | |
| 24 | Zatrudniony w | | |  | | |
| 25 | Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie | | | \* | | |
| 26 | Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa | | | \* | | |
| Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu | 27 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | | TAK | NIE | Odmowa podania informacji |
| 28 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | TAK | NIE | Odmowa podania informacji |
| 29 | Osoba z niepełnosprawnościami | | | TAK | NIE | Odmowa podania informacji |
| 30 | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | | | TAK | NIE | Odmowa podania informacji |
| 31 | Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opisem Priorytetów Programu Operacyjnego Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego 2014-2020 / Zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu | | | TAK | | |