Załącznik Nr 1 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie

***Formularz uczestnictwa w Projekcie***

|  |  |
| --- | --- |
| **WYPEŁNIA BIURO PROJEKTU** | |
| **Nr formularza rekrutacyjnego** |  |
| **Data i godzina wpływu formularza**  **rekrutacyjnego** |  |
| **Podpis osoby przyjmującej formularz** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Programu Operacyjnego** | Programu Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021 -2027 |
| **Nazwa i Nr Priorytetu** | Priorytetu 8 Fundusze europejskie dla edukacji i kadr w Łódzkiem, Działanie 08.04 Zdrowy pracownik |
| **Źródło finansowania** | EFS+ |
| **Nazwa Beneficjenta** | Powiat Łowicki |
| **Nr wniosku o dofinansowanie** | FELD.08.04-IZ.00-0110/24 |

1. Pan / Pani (imię i nazwisko):……………………………………………………….
2. Zamieszkały/-a: adres zamieszkania: miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania, kod pocztowy): ………………………...………………………………………………………
3. Telefon :………………………………………………………………………………………
4. E-mail: ……………………………………………………………………………………….
5. PESEL:………………………………………………………………………….................
6. Deklaruję chęć udziału w projekcie pod nazwą: ***Dbamy o zdrowie pracowników Starostwa Powiatowego w Łowiczu*** nr FELD.08.04-IZ.00-0110/24 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Fundusze europejskie dla edukacji i kadr w Łódzkiem, Działanie 08.04 Zdrowy pracownik, Programu Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027. Oświadczam, że spełniam wymogi:

Jestem pracownikiem:

Starostwa Powiatowego w Łowiczu.

Ponadto:

wykonuję siedzącą pracę z komputerem.

D praca w terenie z narażeniem na eksploatację kolan i kręgosłupów.

Dodatkowe preferencyjne wymogi rekrutacji (jeżeli dotyczy):

posiadam orzeczenie o niepełnosprawności lub dokument równoważny.

# W ramach Projektu wnoszę o wsparcie w formie:

* Biurko ergonomiczne.
* Krzesło ergonomiczne.
* Monitor.
* Mysz + klawiatura.
* Podkładka pod nogi.
* Klimatyzator w miejscu pracy.
* Podkładka pod laptop.
* Badania w kierunku cieśni nadgarstka.
* Badanie poziomu kortyzolu.
* Badanie poziomu witaminy D.
* Badanie dna oka.
* Konsultacja lekarza medycyny pracy.
* Spotkania z fizjoterapeutom.
* Spotkanie z psychologiem.
* Konsultacja z dietetykiem.
* Warsztaty edukacji prozdrowotnej z psychologiem/trenerem (zakres: sposoby radzenia sobie ze stresem; poznanie technik relaksacyjnych, skuteczne strategie walki z wypaleniem zaw., umiejętność radzenia sobie z trudnym klientem, właściwe planowanie zadań).

**Pytania o specjalne potrzeby Uczestnika Projektu:**

1. Czy istnieje potrzeba tłumaczenia na język migowy?

tak  nie 

1. Czy istnieje potrzeba zapewnienia częstszych, dłuższych przerw podczas szkoleń?

tak  nie 

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z Regulaminem rekrutacji uczestnictwa w projekcie i przyjmuje do wiadomości, iż przystąpienie do Projektu jest równoznaczne z jego akceptacją.

Oświadczam, że dane podane w niniejszej Deklaracji są zgodne z prawdą.

…………………………………….. ………………………………………

miejscowość, data czytelny podpis

# Kryteria rekrutacji – wypełnia Biuro Projektu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryterium dostępu** | **Tak / nie** | **Punkty** |
| 1. Osoba będąca pracownikiem Starostwa Powiatowego w Łowiczu | **tak nie** | **Nie dotyczy** |
| 2. Tryb pracy siedzący, przy komputerze | **tak**  **nie** | **Nie dotyczy** |
| 1. Praca w terenie z narażeniem na eksploatację kolan i kręgosłupów | **tak**  **nie** | **Nie dotyczy** |
| 1. Osoba złożyła uzupełniony i podpisany formularz zgłoszeniowy z niezbędnymi danymi wraz z załącznikami | **tak**  **nie** | **Nie dotyczy** |
| 1. Osoba z niepełnosprawnościami | **tak**  **nie** | **Poza kolejnością zgłoszeń** |

**Tabela kwalifikacyjna**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakwalifikowany** | **tak**  **nie** |

*………………………………………………….*

*Podpis Przedstawiciela Wydziału Organizacyjnego*

*………………………………………………….*

*Podpis Koordynatora Projektu*