



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego  
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020

Numer formularza zgłoszeniowego	Data wpływu formularza do biura projektu	Podpis oceniającego
<b>Spełnienie kryteriów obligatoryjnych</b>	<b>Suma punktów</b>	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
<b>FORMULARZ REKRUTACYJNY</b> projektu „OGÓLNOPOLSKI PROGRAM KSZTAŁCENIA FIZJOTERAPEUTÓW” nr POWR.05.04.00-IP.05-00-004/16 realizowanego przez <b>J&amp;P MORITZ CONSULTING GROUP Jacek Poproch</b> Priorytet: V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Działanie: 5.4 Kompetencja zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych		

Proszę wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI tylko białe pola formularza

I DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI	
<b>Imię (imiona)</b>	
<b>Nazwisko</b>	
<b>PESEL</b>	..... <input type="checkbox"/> brak PESEL - proszę wpisać datę urodzenia w formacie RRRR-MM-DD ..... (zaznaczyć tylko w przypadku nie posiadania numeru PESEL)
<b>Wiek w chwili przystąpienia do projektu</b>	
<b>Wykształcenie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Brak</b> (brak formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> <b>Podstawowe</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> <b>Gimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) <input type="checkbox"/> <b>Ponadgimnazjalne :</b> <input type="checkbox"/> kształcenie ukończone na poziomie liceum ogólnokształcącego <input type="checkbox"/> kształcenie ukończone na poziomie technikum <input type="checkbox"/> kształcenie ukończone na poziomie zasadniczej szkoły zawodowej <input type="checkbox"/> <b>Policealne</b> (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) <input type="checkbox"/> <b>Wyższe krótkiego cyklu</b> (kształcenie ukończone na



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020

	<p>poziomie studiów krótkiego cyklu, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym licencjackim, magisterskim i doktoranckim)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Wyższe licencjackie</b> (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych licencjackich)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Wyższe magisterskie</b> (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych magisterskich)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Wyższe doktoranckie</b> (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych doktoranckich)</p> <p><b>Wykonywany zawód:</b> .....</p>	
<b>Adres zamieszkania*</b>	<b>Kraj:</b>	
	<b>Województwo:</b>	
	<b>Powiat:</b>	
	<b>Gmina:</b>	
	<b>Miejscowość:</b>	
	<b>Ulica:</b>	
	<b>Numer budynku:</b>	<b>Numer lokalu:</b>
	<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Adres do korespondencji (jeśli inny niż zamieszkania)</b>		
<b>Numer telefonu</b>	<p><b>Stacjonarny:</b>.....</p> <p><b>Komórkowy:</b>.....</p>	
<b>Adres e-mail</b>		

\* Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. Adres ten powinien umożliwić kontakt w przypadku zakwalifikowania do projektu.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020

<b>Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu</b>	osoba zatrudniona* w podmiocie leczniczym posiadającym kontrakt z OW NFZ  <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	osoba wykonująca czynności zawodowe fizjoterapeuty  <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	doświadczenie w wykonywaniu zawodu fizjoterapeuty  <input type="checkbox"/> poniżej 2 lat <input type="checkbox"/> powyżej 2 lat

\* osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej

<b>II INFORMACJE O SYTUACJI SPOŁECZNEJ UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI (proszę zaznaczyć znakiem „X”)</b>	
<b>Oświadczam, że jestem:</b>	
<b>osobą o niskich kwalifikacjach*</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>osobą niepełnosprawną**</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie  <b>W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „tak” należy do formularza rekrutacyjnego dołączyć orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia.</b>
<b>Osobą zamieszkującą obszar wiejski***</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
<b>Osobą posiadającą status imigranta</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
<b>osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020

\* Osoba o niskich kwalifikacjach – osoby posiadające wykształcenie do ISCED 3 włącznie, zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Standardów Edukacyjnych ISCED 2011 (UNESCO).

\*\* Osoba niepełnosprawna - osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 127 poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 231 poz. 1375, z późn. zm.), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. Przynależność do grupy osób niepełnosprawnych określana jest w momencie rozpoczęcia udziału w projekcie.

\*\*\* osoba zamieszkująca obszar wiejski – wg Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) pod pojęciem obszaru wiejskiego rozumieć należy obszar, w którym ponad 50% populacji mieszka w gminach wiejskich. Za gminy wiejskie przyjmuje się te, w których gęstość zaludnienia nie przekracza 150 mieszkańców na km<sup>2</sup>.

<b>III WYBÓR FORM WSPARCIA</b>	
<b>Temat kursu wybranego do realizacji w ramach Projektu – pierwszy wybór (proszę zaznaczyć znakiem „X”)*</b>	
Ortopedyczna diagnostyka funkcjonalna i fizjoterapia pacjentów geriatrycznych i nieaktywnych zawodowo – <b>staw biodrowy</b>	<input type="checkbox"/>
Ortopedyczna diagnostyka funkcjonalna i fizjoterapia pacjentów geriatrycznych i nieaktywnych zawodowo – <b>obręcz barkowa</b>	<input type="checkbox"/>
Ortopedyczna diagnostyka funkcjonalna i fizjoterapia pacjentów geriatrycznych i nieaktywnych zawodowo – <b>staw kolanowy</b>	<input type="checkbox"/>

\* Prosimy o zaznaczenie znakiem „X” **jednego, najbardziej interesującego** tematu kursu. W ramach udziału w projekcie Uczestnik może wziąć udział **tylko w jednym z wyżej wymienionych kursów.**

<b>Temat dalszego wyboru kursu (inny niż wybrany powyżej) do realizacji w ramach Projektu (proszę zaznaczyć znakiem „X”)**</b>	
Ortopedyczna diagnostyka funkcjonalna i fizjoterapia pacjentów geriatrycznych i nieaktywnych zawodowo – <b>staw biodrowy</b>	<input type="checkbox"/>
Ortopedyczna diagnostyka funkcjonalna i fizjoterapia pacjentów geriatrycznych i nieaktywnych zawodowo – <b>obręcz barkowa</b>	<input type="checkbox"/>
Ortopedyczna diagnostyka funkcjonalna i fizjoterapia pacjentów geriatrycznych i nieaktywnych zawodowo – <b>staw kolanowy</b>	<input type="checkbox"/>

\* Wybierając kolejny temat kursu do realizacji Uczestnik wyraża zgodę na możliwość zapisania do grupy szkoleniowej w temacie innym niż temat pierwszego wyboru. Zmiana ta będzie konsultowana indywidualnie z Uczestnikiem Projektu.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020

IV KRYTERIA REKRUTACJI (wypełnia oceniający)	
Płeć (preferowane Kobiety)	<input type="checkbox"/> 60% - 6 pkt.
Niepełnosprawność (preferowane Osoby Niepełnosprawne)	<input type="checkbox"/> 10% - 1 pkt.
Wiek (preferowane osoby 50+)	<input type="checkbox"/> 10% - 1 pkt.
Staż pracy (preferowani fizjoterapeuci z min. 2-letnim doświadczeniem w zawodzie)	<input type="checkbox"/> 20% - 2 pkt.

V ŹRÓDŁO INFORMACJI O PROJEKCIE (proszę zaznaczyć znakiem „X”)			
Plakat/ulotka		Mailing	
Media społecznościowe		Ośrodek zdrowia	
Strona www		Inne.....	
Ogłoszenie w prasie			

Oświadczam, że **przynależę** do grupy docelowej:

Jestem zatrudniony/a w publicznym systemie ochrony zdrowia (tj. posiadam umowę o pracę lub umowę cywilno-prawną w podmiocie leczniczym posiadającym kontrakt z OW NFZ) i wykonuję czynności zawodowe fizjoterapeuty na terenie Polski.

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis Uczestnika/Uczestniczki

- Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie „Ogólnopolski Program Kształcenia Fizjoterapeutów” oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
- Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatora firmy J&P MORITZ CONSULTING GROUP Jacek Poproch.
- Świadomy/a odpowiedzialności cywilnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że wszystkie przedłożone przeze mnie dane są zgodne i prawdziwe. Jestem świadomy/ma, iż w razie złożenia przeze mnie oświadczeń niezgodnych z prawdą, skutkującego po stronie J&P MORITZ CONSULTING GROUP Jacek Poproch z siedzibą w Warszawie obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na sfinansowanie mojego udziału w ww. Projekcie, firma J&P MORITZ CONSULTING GROUP Jacek Poproch będzie miała prawo dochodzić ode mnie roszczeń na drodze cywilnoprawnej.
- Zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie „Ogólnopolski Program Kształcenia Fizjoterapeutów”, akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020

5. Zostałem/am poinformowany/a, że ww. Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020.
6. Zostałem/am poinformowany/a, że szkolenie może odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania.
7. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
8. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez firmę J&P MORITZ CONSULTING GROUP Jacek Poproch oraz podmioty zewnętrzne działające na zlecenie Instytucji Pośredniczącej.
9. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez firmę J&P MORITZ CONSULTING GROUP Jacek Poproch na potrzeby rekrutacji.

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis Uczestnika/Uczestniczki

**ZAŁĄCZNIKI (Proszę zaznaczyć „X”):**

- Oświadczenie Uczestnika/Uczestniczki projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (**dotyczy wszystkich Uczestników/Uczestniczek**)
- Oświadczenie Uczestnika/Uczestniczki projektu o wyrażeniu zgody na rozpowszechnianie wizerunku (**dotyczy wszystkich Uczestników/Uczestniczek**)
- Kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub innego dokumentu potwierdzającego stan zdrowia zgodnie z Dz.U.2011 nr 127 poz.721 z późn.zm. i Dz.U.2011 nr 231 poz.1375 z późn.zm. Należy załączyć kserokopię dokumentu potwierdzonego za zgodność z oryginałem (**dotyczy jedynie osób niepełnosprawnych**).
- Zaświadczenie o zatrudnieniu wypełnione przez Pracodawcę (**dotyczy wszystkich Uczestników/Uczestniczek**)