

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

do Projektu nr FELD.08.04-IZ.00-0018/24 pt. „ŻYJ I PRACUJ W DOBRYM ZDROWIU - program rehabilitacji leczniczej Medical Magnus” realizowanego w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, Priorytet 8 Fundusze europejskie dla edukacji i kadr w Łódzkiem, Działanie FELD.08.04 Zdrowy pracownik.

<b>IMIĘ I NAZWISKO KANDYDATA/TKI</b>	
<b>Data i godzina przyjęcia kompletu dokumentacji:</b>	Data .....r. godz.....
<i>Potwierdzam weryfikację tożsamości/wieku/obywatelstwa Kandydata/teki na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości</i>	
<p style="text-align: right;">..... <i>podpis osoby przyjmującej Formularz</i></p>	

**Instrukcja dotycząca wypełnienia i składania Formularza:**

1. Wszystkie pola Formularza rekrutacyjnego muszą być wypełnione.
2. Formularz należy wypełnić komputerowo lub odręcznie (czytelnie).
3. Odpowiedzi na pytania w Formularzu należy zaznaczyć znakiem X lub uzupełnić.
4. Braki w Formularzu/dokumentacji rekrutacyjnej będzie można poprawić/uzupełnić tylko raz.
5. Formularz należy czytelnie podpisać w wyznaczonym miejscu.
6. Wypełniony Formularz wraz z załącznikami można składać:
  - osobiście w Rejestracji Rehabilitacji Medical Magnus  
ul. Kopernika 38, 90-552 Łódź  
od poniedziałku do piątku w godzinach: 8.00 – 19.00,
  - za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub kurierem na adres Medical Magnus,
  - elektronicznie - na adres: [projekt@mmcenter.pl](mailto:projekt@mmcenter.pl)

W przypadku dokonania zgłoszenia w formie elektronicznej niezbędne jest dostarczenie oryginałów dokumentacji rekrutacyjnej.
7. Ostateczna kwalifikacja formalna nastąpi po złożeniu kompletu dokumentów rekrutacyjnych (opatrzone będzie to datą i godziną przyjęcia na Formularzu).



I		DANE PERSONALNE
1.	Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> obywatel kraju UE (jaki kraj.....) <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa lub UE- inne (proszę podać.....)
2.	Imię	
3.	Nazwisko	
4.	PESEL	Nr PESEL..... <input type="checkbox"/> brak nr PESEL Inny nr identyfikacyjny:.....
5.	Data urodzenia	dzień - miesiąc – rok <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6.	Wiek w chwili przystąpienia do Projektu	
7.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
8.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)
II		ADRES ZAMIESZKANIA
9.	Ulica	
10.	Nr domu	
11.	Nr lokalu	
12.	Kod pocztowy	
13.	Miejscowość	
14.	Gmina	
15.	Powiat	
16.	Województwo	
17.	Kraj	



<b>III</b>		<b>ADRES DO KORESPONDENCJI</b>
należy wypełnić <u>jedynie</u> , gdy korespondencja powinna być kierowana na inny adres niż wskazany w adresie zamieszkania		
18.	Ulica	
19.	Nr domu	
20.	Nr lokalu	
21.	Kod pocztowy	
22.	Miejscowość	
<b>IV</b>		<b>DANE KONTAKTOWE</b>
23.	Telefon	
24.	Adres e-mail	
<b>V</b>		<b>STATUS KANDYDATA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b>
25.	Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu	<p>1) <input type="checkbox"/> osoba pracująca</p> <p><u>W tym:</u></p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca na własny rachunek (NIP .....)</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej (z wyłączeniem szkół i placówek oświaty)</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP</p> <p><input type="checkbox"/> inna</p> <p>Nazwa miejsca pracy: .....</p> <p>2) <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana jako bezrobotna w powiatowym urzędzie pracy</p> <p><u>W tym:</u></p> <p><input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna (ponad 12 miesięcy w ciągu ostatnich 2 lat)</p> <p><input type="checkbox"/> osoba korzystająca ze wsparcia instytucji rynku pracy w zakresie aktywizacji zawodowej</p> <p><input type="checkbox"/> inna</p>



26.	osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wyrażam zgody na podanie informacji <input type="checkbox"/> tak
27.	osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak
28.	osoba z kraju trzeciego	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak
29.	osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej)	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wyrażam zgody na podanie informacji <input type="checkbox"/> tak
30.	osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak
<p>Jeśli w pkt. 26-30 zaznaczono odpowiedź twierdzącą, należy dołączyć kserokopię odpowiednich dokumentów potwierdzających status np.:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>orzeczenia o stopniu niepełnosprawności /legitymację osoby z niepełnosprawnością /inny dokument potwierdzający niepełnosprawność;</li> <li>dokumentów wymienionych w ustawie z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, notatka służbowa potwierdzająca weryfikację legalności pobytu na podstawie przedstawionego dokumentu, np. Diia.pl;</li> <li>zaświadczenia od właściwej instytucji, wyroku sądowego;</li> <li>dokumentu potwierdzającego przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, karty pobytu</li> </ol>		
<b>VI</b>	<b>SZCZEGÓLNE POTRZEBY</b>	
31.	Czy w związku z uczestnictwem w Projekcie masz szczególne potrzeby wynikające z Twojego stanu zdrowia/sytuacji osobistej/innej?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak Jakie? .....

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI  
I PRZYSTĄPIENIU DO PROJEKTU**

Ja niżej podpisany/na deklaruję przystąpienie do udziału w Projekcie pn. „ŻYJ I PRACUJ W DOBRYM ZDROWIU - program rehabilitacji leczniczej Medical Magnus”, realizowanym przez Medical Magnus sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi przy ul. Kopernika 38, 90-552 w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027 i oświadczam, że spełniam poniższe kryteria udziału w Projekcie:

**1. KRYTERIA FORMALNE****Wiek** - od 15 do 89 lat TAK NIE**Miejsce zamieszkania** – na obszarze województwa łódzkiego TAK NIE**Na potwierdzenie miejsca zamieszkania należy załączyć (jedno z poniższych):**

- deklarację PIT za ostatni rok podatkowy – TYLKO PIERWSZA STRONA z adresem zamieszkania wraz z potwierdzeniem złożenia deklaracji
- zaświadczenie z urzędu gminy potwierdzające miejsce zamieszkania

**Status** osoby pracującej albo bezrobotnej zarejestrowanej TAK NIE**Na potwierdzenie statusu na rynku pracy należy załączyć:**1. osoby pracujące (przynajmniej jedno z poniższych):

- zaświadczenie o zatrudnieniu od pracodawcy/zleceniodawcy (*osoba zatrudniona*)
- wydruk z CEIDG/KRS (*osoba samozatrudniona*)
- zaświadczenie z KRUS (*osoba pracująca w rolnictwie*)

2. osoby zarejestrowane jako bezrobotne:

- zaświadczenie z PUP lub z ZUS o statusie bezrobotnego

**Zdiagnozowana choroba** układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej w minimum jednej ze wskazanych kategorii: M15, M16, M17, M19, M40, M41, M47, M48, M49, M50, M51, M53, M54, M70, M75, M76, M77, M95 TAK NIE**Na potwierdzenie diagnozy należy załączyć dokumentację medyczną, nie starszą niż 12 miesięcy.**

Przez dokumentację medyczną rozumie się wyłącznie:

- wyniki badań obrazowych i neurofizjologicznych oraz (ewentualnie dodatkowo) zaświadczenie lekarskie lub
- odpisy dokumentacji leczenia ambulatoryjnego lub
- karty informacyjne leczenia szpitalnego

Do Formularza rekrutacyjnego należy załączyć kserokopię dokumentacji.

Oryginał dokumentacji medycznej należy przynieść na I poradę.



<b>Stan zdrowia</b> - umożliwiający podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>Zgoda</b> na udział w Projekcie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>Niekorzystanie</b> w ciągu ostatnich 6 miesięcy z tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania z innych środków publicznych (Oświadczenie - Załącznik nr 3 do Regulaminu)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>2. KRYTERIA DODATKOWE (PREMIUJĄCE)</b>		Liczba punktów
osoba w wieku 50 lat lub więcej / wg dokumentu tożsamości	<input type="checkbox"/> TAK	4
osoba powracająca do pracy po długotrwałym zwolnieniu lekarskim (powyżej 30 dni) / zaświadczenie z miejsca pracy	<input type="checkbox"/> TAK	5
osoba ponownie wracająca na rynek pracy po długotrwałej niezdolności do pracy związanej z korzystaniem ze świadczeń rehabilitacyjnych / dokumentacja lekarska/z ZUS	<input type="checkbox"/> TAK	5
osoba z niepełnosprawnością / orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, legitymacja OzN/inne dokumenty	<input type="checkbox"/> TAK	4
<b>SUMA</b>		/18

**Oświadczenie:**

W związku z przystąpieniem do Projektu oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie i akceptuję jego treść,
2. jestem świadomy/a, że złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w Projekcie,
3. dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
4. jestem świadomy/a, iż w razie złożenia przeze mnie oświadczenia niezgodnego z prawdą, skutkującego po stronie Realizatora obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na sfinansowanie mojego udziału w Projekcie, Realizator będzie miał prawo dochodzić ode mnie roszczeń na drodze cywilnoprawnej.

Łódź, .....

(miejsowość, data)

.....

czytelny podpis - imię i nazwisko Kandydata/ki