



Data i godzina przyjęcia	Podpis osoby rekrutującej	Uwagi
--------------------------	---------------------------	-------

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do Projektu pt. „Szpital dla pracownika”

Dane uczestnika	
Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Kraj	Polska
Rodzaj uczestnika	pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu
Nazwa Instytucji	Beskidzki Zespół Leczniczo – Rehabilitacyjny Szpital Opieki Długoterminowej w Jaworzu
Płeć*	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
Wykształcenie*	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe
Dane kontaktowe	
Województwo	śląskie
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Nr budynku	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Szczegóły wsparcia	
Data rozpoczęcia udziału w projekcie**	
Data zakończenia udziału w projekcie**	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input checked="" type="checkbox"/> osoba pracująca w tym: <input checked="" type="checkbox"/> inne <input checked="" type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input checked="" type="checkbox"/> Zatrudniony w: Beskidzkim Zespole Leczniczo-Rehabilitacyjnym Szpitalu Opieki Długoterminowej w Jaworzu

*ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE

**NIE WYPEŁNIAĆ



Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia*	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań*	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Osoba z niepełnosprawnościami*	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej*	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opiskem Priorytetów Programu Operacyjnego Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego 2014 – 2020 / Zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu	
Kryteria kwalifikacji:	Weryfikacja/punktacja
Zatrudniony w	Beskidzki Zespół Leczniczo – Rehabilitacyjny Szpital Opieki Długoterminowej w Jaworzu
Zatrudniony na podstawie umowy o pracę na co najmniej 0,5 etatu*	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Umowa o pracę na czas nieokreślony*	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Wykonywany zawód/stanowisko pracy*	<input type="checkbox"/> fizjoterapeuta <input type="checkbox"/> pielęgniarka <input type="checkbox"/> salowa
Staż pracy na zaznaczonym stanowisku pracy pkt

Oświadczam, że posiadam / nie posiadam* orzeczenia o niepełnosprawności.

Przedkładałem /nie przedkładałem* zaświadczenie/a lekarskie o stanie zdrowia, stwierdzające rozpoznanie choroby układu ruchu.

.....
 (Data i podpis Kandydata)

Dział Kadr i Płac

Potwierdzam / nie potwierdzam* ww. informacje/i podane/ych przez Kandydata.

.....
 (Data i podpis Pracownika Działu Kadr i Płac)

Punkt Rekrutacyjny

Kandydat otrzymał w sumie pkt.

W związku z powyższym Kandydat został zakwalifikowany / nie został zakwalifikowany* do Projektu w grupie docelowej:

Kandydat został poinformowany osobiście / przez biurko elektroniczne*.

.....
 (Data i podpis osoby rekrutującej)

*ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE

**NIE WYPEŁNIAĆ