



Projekt pn. „Zadbaj o swój kręgosłup z Ortmedem! Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego”
współfinansowany ze środków programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

Formularz zgłoszeniowy

Potwierdzam złożenie kompletu dokumentów przez Kandydata/Kandydatkę do Projektu (podpisuje osoba przyjmująca zgłoszenie)	
Data i godzina wpływu (uzupełnia osoba przyjmująca zgłoszenie)	
Potwierdzam weryfikację tożsamości/wieku/obywatelstwa kandydata/teki na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości (podpisuje osoba upoważniona przez Beneficjenta)	

Instrukcja wypełniania formularza

1. Wszystkie pola formularza muszą zostać wypełnione. Należy wypełnić formularz komputerowo lub odręcznie, wówczas prosimy o czytelne wypełnianie **DRUKOWANYMI LITERAMI**.
2. Prosimy o **wydruck dwustronny**, co pozwoli zaoszczędzić papier oraz zmniejszyć zużycie surowców.
3. Ewentualne braki w formularzu będą możliwe do poprawy po wezwaniu do uzupełnienia.
4. Formularz należy podpisać czytelnie we wszystkich wyznaczonych miejscach.

Tytuł i nr projektu	„Zadbaj o swój kręgosłup z Ortmedem! Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego.” FELD.08.04-IZ.00-0046/24
Beneficjent	Poradnia Ortmed Sp. z o.o
Priorytet	8.Fundusze europejskie dla edukacji i kadr w Łódzkiem
Działanie	FELD.08.04 Zdrowy pracownik
Typ projektu	Wdrożenie działań z zakresu rehabilitacji medycznej ułatwiających powrót do pracy oraz mających na celu utrzymanie pracownika na rynku pracy Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu Numer naboru: FELD.08.04-IZ.00-001/23

Dane Kandydata/Kandydatki do projektu

1	Imię	
2	Nazwisko	
3	PESEL	
4	Brak Peselu (inny identyfikator)	<input type="checkbox"/>
5	Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE
6	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta



Projekt pn. „Zadbaj o swój kręgosłup z Ortmedem! Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego”
współfinansowany ze środków programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027

		<input type="checkbox"/> Mężczyzna
7	Wiek	
8	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5–8)
Dane teleadresowe		
1	Kraj	Polska
2	Województwo	Łódzkie
3	Powiat	
4	Gmina	
5	Miejscowość	
6	Kod pocztowy	
7	Ulica	
8	Nr budynku	
9	Nr lokalu	
10	Telefon kontaktowy	
11	Adres e-mail	
Status Kandydata/Kandydatki w chwili przystąpienia do projektu		
1	Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
2	Osoba państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
3	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Tak
4	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
5	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Tak
Szczegóły wsparcia		
1	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
		<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo w tym: <input type="checkbox"/> inne



Projekt pn. „Zadbaj o swój kręgosłup z Ortmedem! Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego”
współfinansowany ze środków programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027

		<input type="checkbox"/> osoba ucząca się/odbywająca kształcenie <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba pracująca w tym: <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> inne
2	Czy w związku z uczestnictwem w Projekcie mają Państwo szczególne potrzeby wynikające ze stanu zdrowia lub sytuacji osobistej?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak (jakie?)

OŚWIADCZENIA

1. Ja niżej podpisany/na deklaruję przystąpienie do udziału w Projekcie pn. „Zadbaj o swój kręgosłup z Ortmedem! Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego”, realizowanym przez Poradnię Ortmed Sp. z o.o. przy ul. Wodnika 7 w Łodzi 91-498, w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027 i oświadczam, że spełniam kryteria udziału w Projekcie.
2. Jestem świadomy/a, że złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.
3. Dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis- imię i nazwisko Kandydata/ki



Projekt pn. „Zadbaj o swój kręgosłup z Ortmedem! Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego”
współfinansowany ze środków programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027

Zgoda na uczestnictwo w Programie

Ja,(imię i nazwisko)
zostałam/-em zapoznana/-y z celami, przebiegiem oraz wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie pn.
„Zadbaj o swój kręgosłup z Ortmedem! Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego” współfinansowanym ze środków programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027. Stan mojego zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym. W trakcie udziału w Programie będę dokładnie informował kadrę medyczną o stanie mojego zdrowia, nie zatajając żadnych informacji, aby możliwe było dobranie najodpowiedniejszego leczenia celem osiągnięcia możliwie najlepszego efektu terapeutycznego.

.....
Miejscowość, data Podpis Kandydata/Kandydatki do Programu

Oświadczenie Kandydata/Kandydatki do Programu

Oświadczam, że w projekcie pn. **„Zadbaj o swój kręgosłup z Ortmedem! Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego”** realizującym **„Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”** nie korzystałam/em w ciągu ostatnich 6 miesięcy, nie korzystam, jak również w trakcie korzystania z zabiegów rehabilitacyjnych nie będę korzystała ze świadczeń rehabilitacji leczniczej dotyczących tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania, finansowanych z innych środków publicznych, w tym:

- NFZ (lub płatnika będącego kontynuatorem prawnym NFZ),
- Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS),
- Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS),
- Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON),
- Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa w innym projekcie dotyczącym rehabilitacji chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego realizowanym w ramach:
 - „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego” lub
 - „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy” lub
 - „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”,
 - budżetu jednostek samorządu terytorialnego z terenu województwa łódzkiego w innym programie polityki zdrowotnej (samorząd województwa, samorządy powiatowe, w tym miasta na prawach powiatu, samorządy gminne).

Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.

.....
Miejscowość, data Podpis Kandydata/Kandydatki do Programu



Projekt pn. „Zadbaj o swój kręgosłup z Ortmedem! Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego”
współfinansowany ze środków programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027

Klauzula informacyjna RODO dla uczestnika indywidualnego projektu

Szanowna/y Pani/Panie,

zgodnie z art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej zwane „RODO”) uprzejmie informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zarząd Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051, al. Piłsudskiego 8, tel.: 42 663 30 00, e-mail: info@lodzkie.pl

2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować w sprawie przetwarzania danych osobowych pisząc na adres e-mail: iod@lodzkie.pl lub na adres siedziby administratora.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:

realizacji projektu i jego rozliczenia, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, a także w celach archiwizacyjnych.

4. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w szczególności jest:

- art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO (w przypadku danych zwykłych) oraz art. 9 ust. 2 lit. g-j RODO w związku z:

- Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej;
- Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;
- ustawą z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027;
- ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

5. Przetwarzane dane to:

Imię, nazwisko, obywatelstwo, PESEL/inny identyfikator, płeć, wiek, wykształcenie, adres, obszar według stopnia urbanizacji (DEGURBA), numer telefonu, adres e-mail, status na runku pracy, planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia, data rozpoczęcia udziału we wsparciu, data zakończenia udziału we wsparciu, data założenia działalności gospodarczej, sytuacja po zakończeniu udziału w projekcie, status uczestnika (przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej,



Projekt pn. „Zadbaj o swój kręgosłup z Ortmedem! Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego” współfinansowany ze środków programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027 migrantów, obce pochodzenie, bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe, niepełnosprawność), dane dotyczące zdrowia (w zależności od projektu).

6. Źródło Pani/Pana danych: Dane pozyskujemy bezpośrednio od osób, których one dotyczą, albo od instytucji i podmiotów zaangażowanych w realizację Programu, w tym w szczególności od Beneficjenta i Partnera.

7. Odbiorcami/kategoriemi odbiorców Pani/Pana danych osobowych będą:

- Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego;
- podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu;
- podmioty, wykonujące dla IZ FEŁ2027 usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności (np. dostawcy rozwiązań IT i operatorzy telekomunikacyjni), operatorzy pocztowi, firmy kurierskie;
- podmioty dokonujące badań, kontroli, audytu, ewaluacji na zlecenie IZ FEŁ2027 w związku z realizacją programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.

8. Dane będą przechowywane przez okres:

5 lat od dnia 31 grudnia roku, w którym IZ FEŁ2027 dokonała ostatniej płatności na rzecz Beneficjenta. Okres, o którym mowa w zdaniu pierwszym, zostaje wstrzymany w przypadku wszczęcia postępowania prawnego albo na wniosek Komisji Europejskiej. Dokumenty dotyczące pomocy publicznej udzielanej w ramach projektu przechowywane będą przez 10 lat, licząc od dnia jej przyznania, o ile projekt dotyczy pomocy publicznej.

9. Posiada Pani/Pan prawo do:

- dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- sprostowania (poprawiania) swoich danych, jeśli są błędne lub nieaktualne;
- usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadku wystąpienia przesłanek określonych w art. 17 i 18 RODO;
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w przypadku wystąpienia przesłanek, o których mowa w art. 21 RODO;
- przenoszenia swoich danych osobowych w sytuacji, w której przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, jeśli jej stroną jest osoba, której dane dotyczą – art. 6. ust. 1 lit. b) RODO i jednocześnie przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany¹;
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych Adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2 00-193 Warszawa.

Łódź,

(miejsowość, data)

.....
podpis - imię i nazwisko Kandydata/ki*

¹Jeśli dotyczy