



PROJEKT: „Realizacja kompleksowego programu rehabilitacji osób z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego” UDA- RPSL.08.03.02-24-00H6/19-00

FORMULARZ REKRUTACYJNY - DLA PACJENTA

1. Imię : \_\_\_\_\_ 2. Nazwisko : \_\_\_\_\_
3. Data urodzenia: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ 4. Wiek w chwili przystąpienia do projektu: \_\_ lat
5. Telefon kontaktowy : \_\_\_\_\_ 6. Zamieszkanie na terenie Województwa Śląskiego  
 Tak  Nie
7. Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu:
- Osoba pracująca  Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy  
 Osoba bierna zawodowo  Osoba bezrobotna nie zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy
8. Deklaruję gotowość do podjęcia zatrudnienia (wypełnić w przypadku osoby bezrobotnej):  
 Tak  Nie
9. Korzystanie w ciągu ostatnich 6 miesięcy ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez:  
NFZ, ZUS, KRUS, PFRON z powodu chorób przewlekłych układu kostno-stawowego i mięśniowego w tym  
ICD-10: M15-M19, M47, M50, M51, M54:  Tak  Nie
10. Czy posiada Pan/Pani dysfunkcję narządu ruchu spowodowaną przewlekłą chorobą układu kostno-stawowego i mięśniowego:  
 Tak  Nie
- OŚWIADCZAM, ŻE DANE PODANE W FORMULARZU REKRUTACYJNYM, SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ,
  - ZOBOWIĄZUJE SIĘ DO DOSTARCZENIA DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH OSIĄGNIĘCIE EFEKTYWNOŚCI ZATRUDNIENIOWEJ, PRZEKAZANIA JEJ DO 4 TYGODNI OD ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROJEKCIE

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

WYPEŁNIA KOORDYNATOR PROJEKTU:

W dniu ..... kwalifikuję w/w kandydata do uczestnictwa w Projekcie.

.....  
PODPIS KOORDYNATORA PROJEKTU