**Formularz zgłoszeniowy do projektu   
„Zastrzyk zdrowia dla administracji publicznej”  
realizowanego w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027**

|  |
| --- |
| **Dane osoby zgłaszającej chęć udziału w projekcie  „Zastrzyk zdrowia dla administracji publicznej powiatu chełmińskiego”.**  Imię: …………………………..…………………………………...……………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Nazwisko: ……………………………….…………………………..……………………………………………………………………………………………………………………….……………………….……………….    PESEL: ……………………………….…………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………..………..……….……………….  Stanowisko pracy: …………………………………………………….………………………………………………………………………………………….…………………….…………..……………..….  Numer telefonu: …………………………………………………………………………………………….…………………….……………………………………..….  Adres poczty internetowej: ………………………………………………………………………………………………………..………………………..………………………………..…. |

**Zapoznałem/am się z *Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie „Zastrzyk zdrowia dla administracji publicznej powiatu chełmińskiego”*, jestem świadomy/świadoma przysługujących mi praw i akceptuję warunki udziału w projekcie.**

1. W związku z wykonywaną pracą i występowaniem czynników ryzyka na stanowisku pracy dostrzegam negatywny wpływ tych czynników na moje zdrowie, w szczególności: *(zaznacz „x” jeśli dotyczy)*:

🞏 odczuwam negatywny wpływ siedzącego trybu pracy i/lub wymuszonej pozycji ciała   
w postaci bólu, schorzeń, zwyrodnień kręgosłupa i układu kostno-stawowego, bólów szyi i pleców lub problemów układu krążeniowego, np. puchnięcie czy drętwienie nóg;

🞏 odczuwam negatywny wpływ długotrwałej pracy z myszką komputerową w postaci bólu, dyskomfortu, mrowienia, drętwienia palców i nadgarstka,

🞏 odczuwam symptomy wypalenia zawodowego (np. stres, zmęczenie, niepokój, problemy   
ze snem, wzrost napięcia emocjonalnego, niewłaściwie zachowania wobec innych osób, brak poczucia sensu tego, co się robi, obniżenie satysfakcji z wykonywanej pracy).

Kryteria formalne udziału w projekcie

**Oświadczam, że *(zaznacz „x” jeśli dotyczy)*:**

🞏 **Oświadczam, że posiadam status osoby zatrudnionej u jednego z podmiotów biorących udział w projekcie: Starostwo Powiatowe w Chełmnie, Powiatowy Urząd Pracy w Chełmnie, Urząd Gminy w Chełmnie**

🞏 W związku z występowaniem w miejscu pracy czynników ryzyka wpływających na mój stan zdrowia deklaruję chęć uzyskania wsparcia w obszarze zdrowia i udziału w projekcie, którego celem jest eliminacja lub ograniczenie negatywnego wpływu tych czynników.

Kryteria premiujące udział w projekcie

**Oświadczam, że *(zaznacz „x” jeśli dotyczy):***

🞏 posiadam staż zawodowy:

🞏 poniżej 5 lat; 🞏 powyżej 5 lat do 10 lat 🞏 powyżej 10 lat do 20 lat 🞏 powyżej 20 lat

🞏 mam 50 lat lub więcej;

🞏 posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez wojewódzki lub powiatowy zespół ds. orzekania o niepełnosprawności i/lub orzeczenie lekarzy orzeczników ZUS i inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.);

Formy wsparcia w projekcie

**Deklaruję udział w następujących formach wsparcia *(zaznacz „x” jeśli dotyczy)*:**

🞏 poprawa ergonomii i środowiska pracy poprzez otrzymanie:

🞏 ergonomicznego fotela;

🞏 ergonomicznej myszki komputerowej;

🞏 klawiatury;

🞏 podkładki pod myszy;

🞏 monitory;

🞏 badania profilaktyczne w zakresie chorób związanych z ryzykiem na zajmowanym stanowisku pracy;

🞏 szkolenie wyjazdowe z zakresu radzenia sobie ze stresem i przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

Oświadczenia

**Oświadczam, że:**

* informacje zawarte w *Formularzu zgłoszeniowym* są zgodne z prawdą i jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
* w przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie przekażę informację na temat swojej sytuacji zatrudnieniowej po zakończeniu udziału w projekcie (w okresie do 4 tygodni od dnia zakończenia udziału w projekcie);
* w przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie wezmę udział w przyszłym badaniu ewaluacyjnym, jeśli takie badanie będzie realizowane.

……………………………………………………………… …..……………………………….………………………………………………

*(data) (czytelny podpis)*

|  |
| --- |
| Wypełnia biuro projektu |

Data i godzina złożenia formularza: ……………………………………………………………………….….………………

Numer formularza: …………………………………………………………………….…………………...............................

Podpis osoby przyjmującej formularz: ……………………………………………………………………….…………...…

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kryteria formalne | | |
| Lp. | Kryterium | Weryfikacja |
| 1. | Pracownik PUP w Chełmnie | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| 2. | Pracownik SP w Chełmnie | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| 3. | Pracownik UG w Chełmnie | 🞏 TAK 🞏 NIE |

…………………………………………. ……………………………………………………...

*data podpis koordynatora*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kryteria premiujące | | | |
| Lp. | Kryterium | Weryfikacja | Liczba punktów |
| 1. | Staż pracy poniżej 5 lat | 🞏 TAK 🞏 NIE 🞏 NIE DOTYCZY |  |
| Staż pracy powyżej 5 lat do 10 lat | 🞏 TAK 🞏 NIE 🞏 NIE DOTYCZY |  |
| Staż pracy powyżej 10 lat do 20 lat | 🞏 TAK 🞏 NIE 🞏 NIE DOTYCZY |  |
| Staż pracy powyżej 20 lat | 🞏 TAK 🞏 NIE 🞏 NIE DOTYCZY |  |
| 2. | Wiek: 50 lat i więcej | 🞏 TAK 🞏 NIE 🞏 NIE DOTYCZY |  |
| 3. | Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | 🞏 TAK 🞏 NIE 🞏 NIE DOTYCZY |  |
| SUMA PUNKTÓW | | |  |

…………………………………………. …………………………………………………...

*data podpis pracownika ds. kadr*

Wynik rekrutacji:

🞏 osoba na liście uczestników;

🞏 osoba na liście rezerwowej;

🞏 osoba niezakwalifikowana do projektu;

…………………………………………. ……………………………………………………...

*data podpis koordynatora*