*Załącznik nr 1 do Regulaminu*

**Formularz rekrutacyjny do udziału w projekcie „Zdrowy i aktywny urzędnik w Powiecie Wąbrzeskim”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **DANE UCZESTNIKA PROJEKTU** |
| 1. | Imię |  |
| 2. | Nazwisko |  |
| 3. | PESEL |  |
| 4. | Wykształcenie | 🞐 ponadgimnazjalne/policealne 🞐 średnie I stopnia lub niższe 🞐 wyższe |
| 5. | Jestem pracownikiem: | 🞐 Starostwa Powiatowego w Wąbrzeźnie  🞐 Powiatowego Urzędu Pracy w Wąbrzeźnie  🞐 wydział, stanowisko: …………………………………………………………………………………..….  …………………………………………..........…………………………………………………………………………  Umowa  🞐 czas nieokreślony 🞐 na czas określony do …………....................................……… |
| 6. | Adres kontaktowy,  tzn. dane dotyczące miejsca zamieszkania | Województwo kujawsko-pomorskie, powiat  ....................................................... gmina ...............................................................  miejscowość ...................................... ulica ............................................................[[1]](#footnote-1)  nr budynku.......................... nr lokalu ...........................kod pocztowy .................... |
| 9. | Telefon kontaktowy |  |
| 10. | Adres e-mail |  |
| Aby brać udział w projekcie należy wypełnić co najmniej jedną rubrykę poprzez podanie danych kontaktowych | | |
| 11. | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | 🞐 osoba pracująca 🞐 osoba bierna zawodowo 🞐 osoba bezrobotna |
| 12. | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej) | Tak 🞐 Nie 🞐 Odmowa podania informacji 🞐 |
| Osoba obcego pochodzenia | Tak 🞐 Nie 🞐 |
| Osoba państwa trzeciego | Tak 🞐 Nie 🞐 |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | Tak 🞐 Nie 🞐 |
| Osoba z niepełnosprawnościami**[[2]](#footnote-2)** | Tak 🞐 Nie 🞐 Odmowa podania informacji 🞐 |
| 13. | Obywatelstwo: | 🞐 Polskie 🞐 Inne ……………………………………. |
| 14. | Płeć: | 🞐 Kobieta 🞐 Mężczyzna |

Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie „Zdrowy i aktywny urzędnik w Powiecie Wąbrzeskim” realizowanym przez Powiat Wąbrzeski w ramach Działania 08.08 Wsparcie w obszarze zdrowia, Funduszu Europejskiego dla Kujaw i Pomorza na lata 2021-2027w następujących formach wsparcia [można wybrać kilka]:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Forma wsparcia** |  |
| 1. | Warsztaty z psychologiem  -obsługa trudnego klienta w administracji publicznej kontra stres  - komunikacja z osobą chorą kontra stres | Tak 🞐 Nie 🞐 |
| 2. | Warsztaty- jak niwelować stres podczas wystąpień publicznych | Tak 🞐 Nie 🞐 |
| 3. | Warsztaty-ergonomia miejsca pracy | Tak 🞐 Nie 🞐 |
| 4. | Szkolenie – identyfikacja symptomów wypalenia oraz jego konsekwencji dla pracowników PUP i SP w Wąbrzeźnie | Tak 🞐 Nie 🞐 |
| 5. | Działania rehabilitacyjne dla pracowników w zakresie chorób wynikających z ryzyka pracy dla PUP i SP w Wąbrzeźnie. | Tak 🞐 Nie 🞐 |

Oświadczam, iż dane zawarte w formularzu są prawdziwe.

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Zdrowy i aktywny urzędnik w Powiecie Wąbrzeskim” i zobowiązuję się do respektowania zawartych w nim postanowień.

**……………………………………….……………………………….**

*Data i podpis uczestnika projektu*

\*\*\*\*

**Wypełnia komisja rekrutacyjna**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Kryteria formalne (0-1)** | | | **Liczba punktów** |
| 1 | Zamieszkiwanie na terenie województwa kujawsko-pomorskiego | | Tak 🞐 Nie 🞐 |  |
| 2 | Zatrudnienie w Starostwie Powiatowym w Wąbrzeźnie | | Tak 🞐 |  |
| 3 | Zatrudnienie w Powiatowym Urzędzie Pracy w Wąbrzeźnie | | Tak 🞐 |  |
| 4 | Narażenie na czynniki negatywne wpływające na stan zdrowia w miejscu pracy | | Tak 🞐 Nie 🞐 |  |
|  | **Kryteria preferencyjne** | | |  |
| 1 | Osoba posiadająca zdiagnozowane schorzenia. (+5 pkt) | | Tak 🞐 Nie 🞐 |  |
| 2 | Osoba powyżej 50 roku życia (+3 pkt) | | Tak 🞐 Nie 🞐 |  |
| 3 | Data urodzenia pracownika |  |
| 4 | Osoba z niepełnosprawnościami (+2 pkt) | | Tak 🞐 Nie 🞐 |  |
| 5. | Osoba wcześniej brała udział w warsztatach projektowych (+4 pkt). | |  |  |
| 6. | Data i godzina zgłoszenia | |  |  |
| **Razem** | | | |  |

Wynik rekrutacji:

Osoba

zakwalifikowana do projektu 🞐 na liście rezerwowej 🞐 nie zakwalifikowana do projektu 🞐

……………………………………………………. ….……………………………………………. Wąbrzeźno, …………………………. 2025 r.

*podpisy członków komisji rekrutacyjnej podpisy członków komisji rekrutacyjnej*

1. Jeśli brak ulicy, pole pozostaje puste. [↑](#footnote-ref-1)
2. Osoba z niepełnosprawnościami – posiada odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia. [↑](#footnote-ref-2)