

**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                                                                               | <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne/policealne <input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe <input type="checkbox"/> wyższe                                                                                                                                                               |
| 5.                                                                                                        | Jestem pracownikiem:                                                                        | <input type="checkbox"/> Starostwa Powiatowego w Wąbrzeźnie<br><input type="checkbox"/> Powiatowego Urzędu Pracy w Wąbrzeźnie<br><input type="checkbox"/> wydział, stanowisko: .....<br>.....<br>Umowa<br><input type="checkbox"/> czas nieokreślony <input type="checkbox"/> na czas określony do ..... |
| 6.                                                                                                        | Adres kontaktowy, tzn. dane dotyczące miejsca zamieszkania                                  | Województwo kujawsko-pomorskie, powiat .....<br>..... gmina .....<br>miejscowość ..... ulica ..... <sup>1</sup><br>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                              | <input type="checkbox"/> osoba pracująca <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna                                                                                                                                                                        |
| 12.                                                                                                       | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej) | Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                           | Osoba obcego pochodzenia                                                                    | Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                           | Osoba państwa trzeciego                                                                     | Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                           | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań                             | Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                           | Osoba z niepełnosprawnościami <sup>2</sup>                                                  | Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                             |
| 13.                                                                                                       | Obywatelstwo:                                                                               | <input type="checkbox"/> Polskie <input type="checkbox"/> Inne .....                                                                                                                                                                                                                                     |
| 14.                                                                                                       | Płeć:                                                                                       | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna                                                                                                                                                                                                                                      |

<sup>1</sup> Jeśli brak ulicy, pole pozostaje puste.<sup>2</sup> Osoba z niepełnosprawnościami – posiada odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.



Fundusze Europejskie  
dla Kujaw i Pomorza

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Samorząd Województwa  
Kujawsko-Pomorskiego

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

| Lp. | Forma wsparcia                                 |                              |
|-----|------------------------------------------------|------------------------------|
| 1.  | Warsztaty CZYNNIKI RYZYKA PRACOWNIKA BIUROWEGO | Tak <input type="checkbox"/> |

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 zobowiązuje się do respektowania zawartych w nim postanowień.

.....  
Data i podpis uczestnika projektu

\*\*\*\*

### Wypełnia komisja rekrutacyjna

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

Wynik rekrutacji:

Osoba

zakwalifikowana do projektu ☐

na liście rezerwowej ☐

nie zakwalifikowana do projektu ☐

.....  
podpisy członków komisji rekrutacyjnej

.....  
podpisy członków komisji rekrutacyjnej

Wąbrzeźno, ..... 2025 r.