



REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

realizowanym przez Centrum Medycyny Profilaktycznej Spółka z o.o.
z siedzibą w Krakowie przy ul. Bolesława Komorowskiego 12
pn. „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi
wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp z o.o.”
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020
8 Oś Priorytetowej Rynek pracy,
Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej,
Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne,
Nr projektu RPMP.08.06.02-12-0182/18



§ 1.

Definicje

1. **Projekt** – projekt „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp z o.o.” który jest realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020, Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej przez Centrum Medycyny Profilaktycznej Spółka z o.o.

2. **Instytucja Pośrednicząca** - Województwo Małopolskie – Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie, Plac na Stawach 1, 30-107 Kraków

3. **Uczestnicy projektu** – osoby w wieku aktywności zawodowej dotknięte dysfunkcją układu ruchu, z tym, że co najmniej 30% uczestników programu zawiera się w przedziale wiekowym 40 - 59 lat. Projekt obejmuje wsparciem osoby fizyczne mieszkające w rozumieniu Kodeksu Cywilnego lub pracujące lub uczące się na terenie Woj Małopolskiego w powiatach:

- Kraków
- krakowski
- wielicki
- proszowicki.

Zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 **osoba w wieku aktywności zawodowej** to aktywna zawodowo osoba w wieku 15 lat i więcej (zgodnie z analogiczną metodologią, która jest stosowana w ramach przeprowadzanego cyklicznie przez Główny Urząd Statystyczny Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, **osoba aktywna zawodowo** to osoba pracująca albo pozostająca bez zatrudnienia, ale poszukująca pracy i zainteresowana jej podjęciem).

-

4. **Okres realizacji projektu:**

- termin rozpoczęcia realizacji projektu 2018-06-01
- termin zakończenia realizacji projektu 2021-05-31

§ 2.

Informacje ogólne

1. Regulamin określa proces rekrutacji uczestników do projektu „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp z o.o.” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020, Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej przez Centrum Medycyny Profilaktycznej Spółka z o.o.



2. Projekt skierowany jest do osób w wieku aktywności zawodowej dotkniętych dysfunkcją układu ruchu, z tym, że co najmniej 30% uczestników programu zawierać się będzie w przedziale wiekowym 40 - 59 lat. Projekt obejmie wsparciem osoby fizyczne mieszkające w rozumieniu Kodeksu Cywilnego lub pracujące lub uczące się na terenie Woj Małopolskiego w powiatach:

- Kraków
- krakowski
- wielicki
- proszowicki.

3. **Głównym celem projektu** jest przywrócenie uczestnikom projektu, tj. osobom z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej, pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej oraz zdolności do aktywności zawodowej poprzez wdrożenie kompleksowego programu profilaktyki i rehabilitacji na terenie 4 powiatów z woj. Małopolskiego:

- Kraków
- krakowski
- wielicki
- proszowicki.

w terminie realizacji projektu tj. od 01.06.2018r do 31.05.2021r. Wsparcie obejmie min. 720 os (w tym 504 K oraz 216M). Grupą docelową będą stanowiły osoby w wieku aktywności zawodowej dotknięte dysfunkcją układu ruchu, z tym, że co najmniej 30% uczestników projektu zawierać się w przedziale wiekowym 40 - 59 lat

4. **W ramach projektu realizowane będą następujące zadania:**

- Zadania nr 1. Usługi zdrowotne realizowane w ramach RPZ
- Zadania nr 2. Zapewnienie dojazdu niezbędnego dla usł realizacji usł zdrowotnej
- Zadania nr 3. Zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną którą opiekuje się osoba korzystająca z usługi zdrowotnej
- Zadania nr 4. Działania inf-edukacyjne dotyczące tematyki RPZ
- Zadania nr 5. Monitoring jakości i celowości podejmowanych działań

§ 3.

Uczestnicy projektu i zasady rekrutacji

1. Uczestnikiem projektu może być osoba w wieku aktywności zawodowej dotknięta dysfunkcją układu ruchu, z tym, że co najmniej 30% uczestników programu zawiera się w przedziale wiekowym 40 - 59 lat. Projekt obejmie wsparciem osoby fizyczne mieszkające w rozumieniu Kodeksu Cywilnego lub pracujące lub uczące się na terenie Woj Małopolskiego w powiatach:

- Kraków
- krakowski
- wielicki
- proszowicki.

2. Spełnienie przez uczestnika/uczestniczkę projektu kryteriów kwalifikowalności zostanie potwierdzone stosownym zaświadczeniem lub oświadczeniem stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu.
 3. CMP Sp. z o.o. w celu zapewnienia, że uczestnik projektu nie będzie brał udziału w więcej, niż jednym projekcie w ramach danego Regionalnego Programu Zdrowotnego (RPZ) wymagań stosownego oświadczenia stanowiącego załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu.
 4. W programie wezmą udział osoby spełniające kryteria programu.
Zgodnie z powyższym zostaną przyjęte więc **kryteria mierzalne** tj. dotyczące:
 - a) wieku - przedziały wiekowe (liczy się dzień rozpoczęcia udziału w projekcie) i przyporządkowana pkt:
 - 10 pkt dla os w przedziale wiekowym 40-59 lat
 - 0 pkt pozostałe os
 - b) status na rynku pracy
 - 5 pkt os pracujące
 - 0 pkt pozostałe os
- O objęciu wsparciem w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego decydują względy i wskazania medyczne. W przypadku zgłoszenia się większej liczby potencjalnych uczestników/ uczestniczek zostanie uwzględniane kryterium kolejności zgłoszeń, z tym, że co najmniej 30% uczestników programu zawiera się w przedziale wiekowym 40 - 59 lat, co odpowiada szczytom absencji chorobowej wywołanej schorzeniami narządu ruchu.
5. **Rejestracja nastąpi wg kolejności tzn. liczy się dzień rejestracji u Wnioskodawcy.** Zostaną stworzone 2 listy tj. jedna z osoby w przedziale wiekowym 40 - 59 lat, druga z pozostałymi osobami.
 6. **Lista rezerwowa:** Osoby które nie znalazły się na liście zakwalifikowanych do projektu zostaną wpisani na listę rezerwową. W przypadku zwolnienia się miejsc trafiają oni na listę zakwalifikowanych wg kolejności z listy z punktacją.
 7. **Rejestracje będzie odbywać się w trybie ciągłym od lipca 2018** w okresie realizacji projektu. **Forma rejestracja:** telefonicznie pod nr telefonu 883 942 222, osobiście i przez os. trzecie,
 8. **Miejsce rejestracji:** Kraków ul. Komorowskiego 12 woj małopolskie I piętro, gabinet 327. Budynek i pomieszczenie przystosowane do osób niepełnosprawnych (np. pochylnia dla niepełnosprawnych, parking, toalety).
 9. **O terminie kwalifikacji pacjentów do programu osoby zarejestrowane zostaną poinformowane telefonicznie na co najmniej 2 dni przed kwalifikacją pacjenta.**



10. **Kwalifikację pacjentów do programu dokonuje zespół** złożony z lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz fizjoterapeuty - specjalisty fizjoterapii. W przypadku braku specjalisty fizjoterapii dopuszcza się udział w zespole magistra fizjoterapii. Zespół dokonuje wstępnej kwalifikacji na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej. Ostateczna kwalifikacja odbywa się podczas wstępnego badania lekarskiego i wstępnego badania fizjoterapeutycznego. W przypadkach ciężkich lub niekwalifikujących się do leczenia zachowawczego, zespół kwalifikujący kieruje takie osoby do leczenia specjalistycznego w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Niezależnie od wyniku ostatecznej kwalifikacji (pozytywnej lub negatywnej), zespół dokonujący kwalifikacji sporządza pisemną dokumentację precyzującą powód przyjęcia lub odmowy przyjęcia danej osoby do projektu oferującego wsparcie w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego.

11. **Kryteria kwalifikacji do programu:** Do programu mogą zostać zakwalifikowane osoby z uprzednio rozpoznaną dysfunkcją narządu ruchu będącą skutkiem:

- wrodzonych zniekształceń narządu ruchu (Q65 - Q79 według klasyfikacji ICD-10)
- choroby zwyrodnieniowej stawów, w szczególności choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, stawu biodrowego, stawu kolanowego, stawu ramiennego (M47, M00 - M25)
- choroby układu tkanki łącznej (M32 - M35)
- urazu, w tym złamań i amputacji (S40 - S99, T91 - T95, Z89)

12. **Osoba ubiegająca się o udział w projekcie powinna dysponować dokumentacją medyczną** pozwalającą zespołowi kwalifikującemu do programu na określenie jednostki chorobowej.

Dokumentacja może zawierać:

- wyniki badań obrazowych (Rtg, TK, MR, USG) i neurofizjologicznych (EMG)
- odpisy dokumentacji leczenia ambulatoryjnego
- karty informacyjne leczenia szpitalnego
- zaświadczenia lekarskie potwierdzające jednostkę chorobową dotyczącą układu ruchu

Skompletowanie dokumentacji medycznej i wymaganych badań diagnostycznych, w szczególności Rtg, TK, MR, USG, potwierdzających dysfunkcję narządu ruchu, leży po stronie uczestnika programu.

Program nie przewiduje środków na badania diagnostyczne.

Dopuszcza się możliwość ponownego zakwalifikowania uczestnika zdyskwalifikowanego z powodu niekompletności dokumentacji medycznej



13. Wyłączenia z udziału w projekcie:

- Osoby, które w okresie ostatniego miesiąca zakończyły pobyt w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym lub korzystały z ambulatoryjnej/dziennej opieki rehabilitacyjnej w ramach kontraktu z NFZ.
- Wymagane złożenie pisemnego oświadczenia, że w chwili przystąpienia do programu uczestnik nie jest objęty żadnym innym programem terapeutyczno-rehabilitacyjnym w związku z leczeniem chorób układu ruchu, finansowanym z NFZ, jak również nie bierze udziału w analogicznym projekcie u innego beneficjenta, finansowanym ze środków publicznych.

14. Warunkiem umożliwiającym zakwalifikowanie się do udziału w projekcie (wraz ze spełnieniem wymogów opisanych w § 3 jest złożenie **kompletnych i podpisanych dokumentów rekrutacyjnych**:

- formularza zgłoszeniowego stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu
- deklaracji uczestnictwa w projekcie podpisana przez Uczestnika Projektu załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu
- oświadczenie Uczestnika Projektu stanowiący załącznik nr 3 do niniejszego regulaminu

Obowiązujące wzory dokumentów rekrutacyjnych są dostępne bezpośrednio w Biurze Projektu lub na stronie internetowej projektu <http://cmp.krakow.pl/krotki-opis-projektu-rehabilitacja>.

W uzasadnionych przypadkach realizator projektu może zażądać innych dodatkowych dokumentów (zaświadczeń i/lub oświadczeń) potwierdzających kwalifikowalność Kandydata na Uczestnika Projektu.

Dokumenty, o których mowa powyżej, należy składać osobiście w Biurze Projektu lub przesłać listem za pośrednictwem poczty za potwierdzeniem odbioru na adres **Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o.o. ul. Bolesława Komorowskiego 12, 30-106 Kraków**

Dokumenty złożone na etapie rekrutacji mogą być skierowane do uzupełnienia lub poprawy przez Uczestników Projektu na wniosek Beneficjenta, jeżeli zaistnieje uzasadniona potrzeba. W takiej sytuacji Beneficjent jest zobowiązany do udzielenia wyczerpującego wyjaśnienia zaistniałej sytuacji wobec Uczestników Projektu, a każdy Uczestnik Projektu, którego to dotyczy, jest zobowiązany do wykonania czynności uzupełniających lub korygujących zakres danych zawartych w jego własnej dokumentacji rekrutacyjnej. Dokumenty uzupełnione, poprawione lub ponownie wystawione są przechowywane wraz z zebraną dotychczas dokumentacją Uczestników Projektu.

O zakwalifikowaniu Kandydatów do udziału w projekcie decydują następujące kryteria:

A. Kryteria formalne



- poprawne i kompletne wypełnienie dokumentów rekrutacyjnych;
 - kryteria zawarte w § 3 niniejszego regulaminu określające profil Uczestnika Projektu.
- B. Kolejność zgłoszeń** – decyduje data złożenia kompletu dokumentów rekrutacyjnych.

C. Kryteria mierzalne

a) wieku - przedziały wiekowe (liczy się dzień rozpoczęcia udziału w projekcie) i przyporządkowana pkt:

-10 pkt dla os w przedziale wiekowym 40-59 lat

-0 pkt pozostałe os

b) status na rynku pracy

-5 pkt os pracujące

-0 pkt pozostałe os

15. W trakcie rekrutacji, a także w trakcie realizacji projektu zachowana zostanie zasada równości szans. **Na każdym etapie realizacji projektu kobiety i mężczyźni, osoby pełno- i niepełnosprawne traktowani będą w taki sam sposób. W ramach planowanych do realizacji zadań w projekcie zakłada się realizację zasad mających na celu zapewnienie równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami poprzez umożliwienie wszystkim osobom bez względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę lub pochodzenie etniczne, wyznawaną religię lub światopogląd, orientację seksualną –sprawiedliwego, pełnego uczestnictwa w projekcie na jednakowych zasadach.**

Przewidziano udogodnienia dla osób z niepełnosprawnościami:

- wzory dokumentów rekrutacyjnych będzie można pobrać ze strony [www](#);
- oferujemy pomoc przy wypełnianiu dokumentacji rekrutacyjnej uczestnikom słabo widzącym.

16. Regulamin rekrutacji dostępny jest w biurze projektu oraz na str [www](#) projektu.



§ 5.

Uprawnienia i obowiązki Uczestnika Projektu

1. Uczestnik projektu ma prawo do:
 - bezpłatnego udziału w oferowanym w ramach projektu wsparciu;
 - uzyskania rzetelnej informacji o zasadach udziału w projekcie;
 - ubiegania się o zwrot kosztów dojazdu uczestnika projektu
 - ubiegania się o zwrot kosztów zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną którą opiekuje się osobą korzystającą z usługi zdrowotnej w ramach projektu w czasie jej korzystania ze wsparcia

2. Obowiązki uczestnika projektu:
 - Uczestnictwa we wszystkich zaplanowanych formach wsparcia na zasadach określonych w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie
 - uczestnik zobowiązuje się do obecności w zaplanowanego wsparcia oraz podpisywania listy obecności;
 - usprawiedliwiać swoją ewentualną nieobecność spowodowaną chorobą bądź innymi okolicznościami losowymi; przekroczenie przez Uczestnika Projektu limitu 25% nieobecności w okresie realizacji projektu może skutkować koniecznością odstąpienia od dalszego udziału w projekcie
 - Złożenie kompletnych dokumentów rekrutacyjnych;
 - Punktualne stawienie się na zaplanowane wsparcie;
 - Udzielenie informacji na temat realizacji projektu osobom i instytucjom zewnętrznym upoważnionym do przeprowadzania kontroli projektu,
 - Bieżące informowania o wszystkich zdarzeniach mogących zakłócić uczestnictwo w projekcie.

§ 6.

Program wsparcia

Wsparcie będzie realizowane poprzez:

- I. Rehabilitacje i działania prozdrowotne
- II. Zapewnienie zwrotu kosztów dojazdu niezbędnego dla usł realizacji usł zdrowotnej
- III. Zapewnienie zwrotu kosztów opieki nad osobą niesamodzielną którą opiekuje się osoba korzystająca z usł zdrowotnej

Rehabilitacja

Rehabilitacja obejmuje usprawnianie pod nadzorem zespołu rehabilitacyjnego złożonego co najmniej z lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz fizjoterapeuty specjalisty fizjoterapii (w przypadku braku specjalisty fizjoterapii dopuszczalny jest udział magistra fizjoterapii).



Rehabilitacja obejmie porady lekarskie i fizjoterapeutyczne: wstępną oraz końcową, poradę fizjoterapeutyczną i/lub lekarską w trakcie usprawniania jeśli zaistnieje taka potrzeba oraz świadczenia rehabilitacyjne. Podczas porady lekarskiej lub fizjoterapeutycznej wstępnej oraz końcowej, poza standardowymi elementami porady (badanie podmiotowe i przedmiotowe, zlecenia, zalecenia końcowe) zostanie obligatoryjnie określony:

- poziom dolegliwości bólowych uczestnika programu na podstawie skali NRS
- stopień sprawności fizycznej na podstawie testu Timed Up and Go (TUG) oraz na podstawie dynamometrycznego pomiaru siły ścisku globalnego ręki; w przypadku uczestników niechodzących, na przykład stale poruszających się przy pomocy wózka inwalidzkiego, należy przeprowadzić jedynie pomiar siły ścisku globalnego ręki
- poziom aktywności fizycznej uczestnika programu na podstawie kwestionariusza. W przypadku stwierdzenia braku minimalnego poziomu aktywności fizycznej podczas porady wstępnej, ocenę należy przeprowadzić trzykrotnie w trakcie trwania programu (porada wstępna, po 2 tygodniach i porada końcowa); przy osiągniętym wstępnie minimalnym poziomie aktywności fizycznej uczestnika można się ograniczyć do oceny dwukrotnej, tj. podczas porady wstępnej i końcowej.

Świadczenia rehabilitacyjne powinny być prowadzone przez co najmniej 4 tygodnie, lecz nie dłużej, niż przez 8 tygodni, z częstością co najmniej 3 razy w tygodniu po minimum 2 godziny (120 minut).

Zakres świadczeń rehabilitacyjnych pozostawia się do wyboru zgodnie z zaleceniami zespołu rehabilitacyjnego.

Każdemu uczestnikowi należy zlecić co najmniej 7 procedur z zakresu fizjoterapii (kinezyterapii, fizykoterapii i masażu leczniczego), w tym nie mniej niż 4 z zakresu kinezyterapii. W przypadku bezwzględnego przeciwwskazania do stosowania fizykoterapii dopuszcza się zlecenie nie mniej niż 5 procedur.

a) kinezyterapia

Zakres świadczeń (procedury):

- indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje),
- ćwiczenia izometryczne,
- ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem,
- ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem,
- ćwiczenia ogólnousprawniające (indywidualne i zespołowe), inne formy usprawniania w ramach kinezyterapii.

Łączny czas trwania kinezyterapii powinien wynosić minimum 60 minut w trakcie pojedynczej sesji.



b) fizykoterapia

Zakres świadczeń (procedury):

1. elektroterapia: galwanizacja, jonoforeza, elektrostymulacja, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, TENS, prądy Traeberta, prądy Kotza
2. sonoterapia: ultradźwięki miejscowe, ultrafonoforeza
3. magnetoterapia: impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej i niskiej częstotliwości
4. światłolecznictwo: miejscowe naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym lub ultrafioletowym; laseroterapia – skaner; laseroterapia punktowa
5. termolecznictwo: ciepłe okłady żelowe, okłady parafinowe
6. krioterapia: krioterapia miejscowa parami ciekłego azotu lub dwutlenku węgla, zimne okłady żelowe
7. hydroterapia: kąpiel wirowa kończyn
8. balneoterapia: okłady z borowiny – miejscowe

c) masaż leczniczy

Zakres świadczeń (procedury): masaż suchy - częściowy, masaż mechaniczny, drenaż limfatyczny.

Działania prozdrowotne - program edukacyjny:

Program edukacyjny jest obligatoryjny dla każdego uczestnika programu i obejmuje

- Prelekcje z udziałem fizjoterapeuty i (nieobligatoryjnie) lekarza
- Instruktaż w zakresie ergonomii
- Instruktaż w zakresie zachowań prozdrowotnych, a zwłaszcza profilaktyki chorób narządu ruchu
- Instruktaż w zakresie sposobów radzenia sobie ze stresem
- Materiały edukacyjne
- Instruktaż ćwiczeń do wykonywania w warunkach domowych

Program edukacyjny obejmuje co najmniej 2 spotkania trwające nie krócej niż 45 minut.

Sporządzenie materiałów edukacyjnych leży po stronie CMP Sp. z o.o.

Zasady programu edukacyjnego

Program edukacyjny uwzględnia:

- Spotkania grupowe w formie prelekcji, prowadzone przez fizjoterapeutę (w miarę możliwości zaleca się również udział lekarza) - minimum 2 spotkania trwające nie krócej niż 45 minut; W trakcie spotkań należy w sposób zrozumiały i wyczerpujący poruszyć następujące tematy:
 - etiologię i patogenezę chorób kręgosłupa i stawów obwodowych
 - następstwa zdrowotne chorób kręgosłupa i stawów obwodowych
 - możliwości leczenia chorób kręgosłupa i stawów obwodowych
 - ograniczenia zawodowe wynikające z dysfunkcji układu ruchu
- Instruktaż w zakresie ergonomii w domu i w pracy - może być ujęty w wymienionych powyżej spotkaniach grupowych; instruktażu udzielić może pielęgniarka, fizjoterapeuta lub lekarz



- Instruktaż w zakresie zachowań prozdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem aspektu profilaktyki chorób narządu ruchu, w tym zasad odżywiania, snu, unikania używek, zwalczania nałogów, aktywnego trybu życia, prawidłowych wzorców ruchowych - może być ujęty w wymienionych powyżej spotkaniach grupowych; instruktażu udzielić może pielęgniarka, fizjoterapeuta, lekarz lub dietetyk
- Instruktaż w zakresie sposobów radzenia sobie ze stresem - może być ujęty w wymienionych powyżej spotkaniach grupowych; instruktażu udzielić może psycholog (preferowany), lekarz, fizjoterapeuta lub pielęgniarka
- Materiały edukacyjne w formie pisemnej i/lub w formie elektronicznej, obejmujące tematy poruszane w trakcie spotkań
- Instruktaż ćwiczeń do wykonywania w warunkach domowych w formie pisemnej, sporządzony przez fizjoterapeutę (w miarę możliwości przy współudziale lekarza)
- W programie edukacyjnym należy uwzględnić zagadnienia objęte pytaniami ujętymi w kwestionariuszu sprawdzającym poziom wiedzy uczestnika na temat profilaktyki chorób narządu ruchu

Na pierwszym i na ostatnim spotkaniu edukacyjnym należy ocenić poziom wiedzy uczestników na temat profilaktyki chorób narządu ruchu za pomocą anonimowego kwestionariusza

Zwrot kosztów dojazdu uczestników projektu

W ramach projektu nastąpi również **zwrot kosztów dojazdu uczestników projektu**. Wydatek będzie kwalifikowalny do wysokości opłat za środki transportu publicznego szynowego lub kołowego zgodnie z cennikiem biletów II klasy obowiązującym na danym obszarze. Istnieje możliwość korzystania ze środków transportu prywatnego (samochód) jako refundacja wydatku faktycznie poniesionego, jednakże tylko do wysokości ceny biletu środkami transportu publicznego na danej trasie. - Szczegółowe zasady reguluje odrębny regulamin.

Zwrot kosztów zapewnienie opieki

Zwrot kosztów zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną którą opiekuje się osobą korzystającą z usługi zdrowotnej w ramach projektu w czasie jej korzystania ze wsparcia- Szczegółowe zasady reguluje odrębny regulamin.

§ 6.

Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Zasady udzielania świadczeń w ramach programu:

- kompleksowość i zespołowość postępowania - obejmującego poradę lekarską, poradę fizjoterapeutyczną, usprawnianie pod nadzorem zespołu rehabilitacyjnego oraz działania prozdrowotne i edukacyjne w jednej lokalizacji
- indywidualizacja programu rehabilitacyjnego z uwzględnieniem problemu zdrowotnego i możliwych do osiągnięcia efektów rehabilitacji
- **wyбір terminu i czasu udzielania świadczeń w dogodnej porze dla uczestników programu**



§ 7.

Funkcjonowanie wypracowanych rezultatów po zakończeniu projektu

Po zakończeniu programu beneficjent zobowiązany jest przez okres minimum 6 miesięcy do:

- uwzględnienia w postępowaniu rehabilitacyjnym sytuacji zawodowej każdego pacjenta pod kątem aktywizacji zawodowej
- włączenia do dokumentacji medycznej kwestionariusza oceny aktywności fizycznej (dopuszcza się modyfikację kwestionariusza ujętego w Załączniku 2 z załącznik nr 12 RK)
- dalszego prowadzenia programu edukacyjnego, obejmującego przynajmniej 2 zagadnienia ujęte w Załączniku nr 1 nr 12 RK, w tym instruktaż w zakresie zachowań prozdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem aspektu profilaktyki chorób narządu ruchu (udział w programie edukacyjnym będzie fakultatywny dla pacjentów)

§ 8.

Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Kwestie dotyczące rozpoczęcia i zakończenia udziału w programie regulują *Wytyczne w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014 - 2020*.

Zakończenie udziału w programie może się odbyć w trybie:

- zakończenia udziału zgodnie z założeniami projektu
- przerwania udziału w projekcie przed zakończeniem zaplanowanych dla uczestnika form wsparcia na skutek:
 - skierowania do leczenia specjalistycznego w ramach ubezpieczenia zdrowotnego niezwłocznie po badaniu lekarskim lub w trakcie uczestnictwa w programie - w przypadkach wymagających zachowania ciągłości prowadzenia diagnostyki wykrytych zmian lub podjęcia leczenia wykrytych chorób w specjalistycznych placówkach opieki zdrowotnej
 - rezygnacji z programu na każdym etapie realizacji; uczestnicy zostaną objęci badaniem ankietowym uwzględniającym satysfakcję z programu oraz przyczyny rezygnacji, a przy istniejących wskazaniach otrzymają skierowanie do leczenia specjalistycznego w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 9.

Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program nie przewiduje stosowania leków.

§ 6.

Postanowienia końcowe

1. Beneficjent Ostateczny ma obowiązek wypełniania ankiet ewaluacyjnych i uczestnictwa w zajęciach w wyznaczonych terminach.
2. Wszelkie sprawy związane z interpretacją regulaminu rozstrzygane są przez Kierownika Projektu.



Załącznik nr 1 do Regulaminu

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

Ja, niżej podpisana/y:

.....
...
(imię i nazwisko)

.....
...
(seria i numer dowodu osobistego)

.....
...
(numer PESEL)

deklaruję chęć udziału

*w ramach projektu pn. „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp z o.o.”
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach*

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020

8 Oś Priorytetowej Rynek pracy,

Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej,

Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne,

Nr projektu RPMP.08.06.02-12-0182/18



**Prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie,
drukowanymi literami lub komputerowo odpowiadając na wszystkie pytania.**

| Dane uczestniczki/uczestnika: | | |
|-------------------------------|---|---|
| 1 | Kraj | |
| 2 | Imię | |
| 3 | Nazwisko | |
| 4 | PESEL | |
| 5 | Brak PESELU | <input type="checkbox"/> Pesel |
| 6 | Płeć | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna |
| 7 | Wiek w chwili przystąpienia do projektu | |
| 8 | Wykształcenie: | <input type="checkbox"/> gimnazjalne, <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe, <input type="checkbox"/> podstawowe, <input type="checkbox"/> policealne, <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne, <input type="checkbox"/> wyższe |
| Dane kontaktowe: | | |
| 1. | Województwo | |
| 2. | Powiat | |
| 3. | Gmina | |
| 4. | Miejscowość | |
| 5. | Ulica | |
| 6. | Nr budynku | |
| 7. | Nr lokalu | |
| 8. | Kod pocztowy | |



| | | |
|------------------------|---|--|
| 9. | Telefon kontaktowy | |
| 10. | Adres e-mail | |
| Dane dodatkowe: | | |
| 1. | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: | <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <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 <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba pracująca w tym: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP (Mikro, Małe Średnie Przedsiębiorstwo) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie |



| | | |
|----|---|--|
| 4. | Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu | <p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Nie<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji<input type="checkbox"/> Tak <p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Tak<input type="checkbox"/> Nie <p>Osoba z niepełnosprawnościami</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Nie<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji<input type="checkbox"/> Tak <p>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Nie<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji<input type="checkbox"/> Tak |
|----|---|--|



Oświadczenia:

1. Oświadczam, że dane podane w formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuje się poinformować CMP Sp. z o.o. w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. Zostałem pouczone o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y że projekt pn. Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp z o.o.” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik projektu oraz zobowiązuje się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie.
4. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z **Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie i akceptuję zawarte w nim zasady i zobowiązuję się je przestrzegać.** Jednocześnie zobowiązuje się do:
 - Przestrzegania zasad uczestnictwa w przestrzegania zasad uczestnictwa w projekcie wskazanych w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
 - Uczestnictwa we wszystkich zaplanowanych formach wsparcia na zasadach określonych w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie
 - Usprawiedliwienia ewentualnych nieobecności
5. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych niezbędnych do realizacji w/w projektu (podstawa prawna art. 4 pkt.11, art.5 ust.1li.b) 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 (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04 maja 2016 r., s. 1) .
6. Oświadczam, iż spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w projekcie.
7. Dobrowolnie zgłaszam chęć uczestnictwa w Projekcie.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU



Załącznik nr 2 do Regulaminu

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

| DANE OSOBOWE | |
|--|--|
| Imię | |
| Nazwisko | |
| PESEL | |
| Płeć | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie (DD-MM-RRRR) -wypełnia realizator projektu | |
| Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości | |
| Data i czytelny podpis osoby reprezentującej CMP Sp zo.o. | |



Proszę o zaznaczenie informacji dotyczących Pana/Pani sytuacji w momencie rozpoczęcia udziału w projekcie:

Zamieszkanie

Jestem osobą fizyczną mieszkającą w rozumieniu Kodeksu Cywilnego lub pracującą lub uczącą się na terenie Woj. Małopolskiego w powiatach:

- Kraków
- krakowski
- wielicki
- proszowicki

(właściwie proszę zaznaczyć X)

Wiek

- jestem osobą w przedziale wiekowym 40-59 lat
- pozostałe osoby w wieku aktywności zawodowej

(właściwie proszę zaznaczyć X)

Mój status na rynku pracy:

- jestem osobą pracującą
- jestem osobą niepracującą

(właściwie proszę zaznaczyć X)

Oświadczenie dodatkowe:

- nie jestem osobą która w okresie ostatniego miesiąca zakończyła pobyt w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym lub korzystała z ambulatoryjnej/dziennej opieki rehabilitacyjnej w ramach kontraktu z NFZ
- oświadczam, że w chwili przystąpienia do programu jako uczestnik nie jestem objęty żadnym innym programem terapeutyczno - rehabilitacyjnym w związku z leczeniem chorób układu ruchu, finansowanym z NFZ, jak również nie biorę udziału w analogicznym projekcie u innego beneficjenta, finansowanym ze środków publicznych.

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje na podstawie krajowych rejestrów pod względem ich zgodności z prawdą.

.....
Data i czytelny podpis **Uczestnika projektu**

Załącznik nr 3 do Regulaminu

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp z o.o. nr RPMP.08.06.02-12-0182/18**

oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego 2014-2020” jest Zarząd Województwa Małopolskiego stanowiący Instytucję Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020, z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztowej 22, 31-156 Kraków, adres do korespondencji ul. Raclawicka 56, 30-017 Kraków,
2. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju z siedzibą w Warszawie przy ul. Wiejskiej 2/4, 00-926 Warszawa,
3. przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit g) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - 1) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
 - 2) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
 - 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
 - 4) rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi;
4. moje dane osobowe w zakresie wskazanym w pkt. 1 oraz pkt. 2 będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu **Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp z o.o.**, w



- szczegółności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020 (RPO WM);
5. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – **Województwem Małopolskim – Wojewódzkim Urzędem Pracy w Krakowie Plac na Stawach 1 30-107 Kraków** (nazwa i adres właściwej IP), beneficjentowi realizującemu projekt – **Centrum Medycyny Profilaktycznej Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** (nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego¹, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyty w ramach RPO WM;
 6. moje dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia realizacji i rozliczenia projektu i zamknięcie i rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020 oraz zakończenia okresu trwałości dla projektu i okresu archiwizacyjnego, w zależności od tego, która z tych dat nastąpi później²;
 7. podanie danych ma charakter dobrowolny, aczkolwiek jest wymogiem ustawowym a konsekwencją odmowy ich podania jest brak możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
 8. posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich: sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych zgodnie z art. 15-20 RODO;
 9. posiadam prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w sposób opisany powyżej. Przetwarzanie danych zostanie zaprzestane, chyba że IZ/IP będzie w stanie wykazać, że w stosunku do przetwarzanych danych istnieją prawnie uzasadnione podstawy, które są nadrzędne wobec interesów, praw i wolności lub dane będą nam niezbędne do ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
 10. mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, iż przetwarzanie jego danych osobowych narusza przepisy RODO;
 11. moje dane osobowe mogą zostać ujawnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
 12. moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również profilowane
 13. mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, wyznaczonym przez ADO wskazanym w ust. 1, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iodo@umwm.malopolska.pl lub pisemnie na adres: Inspektor Ochrony Danych Osobowych UMWM, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego ul. Raclawicka 56, 30-017 Kraków;

¹ Powierzający oznacza IZ RPO WM 2014 – 2020 lub minister właściwy do spraw rozwoju

² Należy dostosować zapisy pod kątem danego typu projektu (m. in. decyduje tutaj kwestia pomocy publicznej, rozliczania VAT, mechanizmów odzyskiwania, archiwizacji itp.)



14. w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji³;
15. w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy⁴;
16. do trzech miesięcy po zakończonym udziale w projekcie dostarczę dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej (podjęcie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej)⁵.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

³ Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy

⁴ Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy

⁵ Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy



Załącznik nr 4 do Regulaminu

PROTOKÓŁ

z przeprowadzenia rekrutacji do udziału w projekcie
pn. „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi
wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp z o.o.”
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 –
2020

8 Oś Priorytetowej Rynek pracy,
Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej,
Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne,
Nr projektu RPMP.08.06.02-12-0182/18

Data rekrutacji.....

Miejsce rekrutacji

Skład Zespołu

.....
(imię i nazwisko) (stanowisko)

.....
(imię i nazwisko) (stanowisko)

.....
(imię i nazwisko) (stanowisko)

.....
(imię i nazwisko) (stanowisko)

Przebieg pracy Zespołu

1. Kwalifikowanie uczestników do udziału w projekcie.

Ustalenia:

- ilość wolnych miejsc -
- ilość złożonych deklaracji uczestnictwa i kart zgłoszeniowych -
- ilość przyjętych kart zgłoszeniowych i deklaracji -
- ilość odrzuconych kart zgłoszeniowych i deklaracji –
- rezygnacja –



LISTA ZAKWALIFIKOWANYCH UCZESTNIKÓW PROJEKTU

| I.p. | Imię i nazwisko |
|------|-----------------|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | |
| 11 | |
| 12 | |
| 13 | |
| 14 | |
| 15 | |
| 16 | |
| 17 | |
| 18 | |
| 19 | |
| 20 | |
| 21 | |
| 22 | |
| .. | |

Podpisy członków Zespołu:

.....
(imię i nazwisko)

(stanowisko)

.....
(imię i nazwisko)

(stanowisko)

.....
(imię i nazwisko)

(stanowisko)

.....
(imię i nazwisko)

(stanowisko)



Wypełnia Kierownik Projektu
Zatwierdzam ustalenia Zespołu

Podpis i pieczęć:

.....dnia
miejsowość



Załącznik nr 5 do Regulaminu

DEKLARACJA TERMINU ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE
w ramach projektu pn. „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp z o.o.”
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020
8 Oś Priorytetowej Rynek pracy,
Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej,
Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne,
Nr projektu RPMP.08.06.02-12-0182/18

| | |
|--|--|
| DANE OSOBOWE | |
| Imię | |
| Nazwisko | |
| PESEL | |
| Deklaruję chęć rozpoczęcia projektu od daty2018 roku | |
| | |
| Data i czytelny podpis | |



Załącznik nr 6 do Regulaminu

DEKLARACJA ZAKOŃCZENIA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisana/y:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(numer PESEL)

deklaruję zakończenie udziału w projekcie

w ramach projektu pn. „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp z o.o.”

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020

8 Oś Priorytetowej Rynek pracy,

Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej,

Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne,

Nr projektu RPMP.08.06.02-12-0182/18

**Prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie,
drukowanymi literami lub komputerowo odpowiadając na wszystkie pytania.**

| Dane do systemu SL2014 | | |
|------------------------|---|--|
| 1. | Data zakończenia udziału w projekcie | |
| 2 | Rodzaj wsparcia | program zdrowotny |
| 3 | Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie | <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba kontynuuje zatrudnienie <input type="checkbox"/> osoba nabyła kompetencje <input type="checkbox"/> osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie <input type="checkbox"/> osoba podjęła kształcenie lub szkolenie <input type="checkbox"/> osoba podjęła pracę / rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba poszukująca pracy <input type="checkbox"/> osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka |



| | | |
|---|---|--|
| | | <input type="checkbox"/> osoba pracująca/ prowadząca działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka <input type="checkbox"/> osoba uzyskała kwalifikacje <input type="checkbox"/> sytuacja w trakcie monitorowania |
| 4 | Sytuacja (2) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie | <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba kontynuuje zatrudnienie <input type="checkbox"/> osoba nabyła kompetencje <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie <input type="checkbox"/> osoba podjęła kształcenie lub szkolenie <input type="checkbox"/> osoba podjęła pracę / rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba poszukująca pracy <input type="checkbox"/> osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka <input type="checkbox"/> osoba pracująca/ prowadzi działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka <input type="checkbox"/> osoba uzyskała kwalifikacje <input type="checkbox"/> sytuacja w trakcie monitorowania |
| 5 | Inne rezultaty dotyczące osób młodych (dotyczy IZM) <i>zawsze trzeba wybrać „projekt nie dotyczy inicjatywy na rzecz zatrudnienia ludzi młodych”</i> | <input type="checkbox"/> osoba nie otrzymała żadnej oferty <input type="checkbox"/> osoba otrzymała ofertę przygotowania zawodowego <input type="checkbox"/> osoba otrzymała ofertę stażu <input type="checkbox"/> osoba otrzymała ofertę pracy <input type="checkbox"/> osoba otrzymała ofertę ustawicznego kształcenia <input type="checkbox"/> projekt nie dotyczy inicjatywy na rzecz zatrudnienia ludzi młodych <input type="checkbox"/> sytuacja w trakcie monitorowania |
| 6 | Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*



Załącznik nr 7 do Regulaminu

PROGRAM DZIAŁAŃ
INF-EDUKACYJNYCH DOTYCZĄCYCH TEMATYKI RPZ
w ramach projektu pn. „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp z o.o.”
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020
8 Oś Priorytetowej Rynek pracy,
Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej,
Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne,
Nr projektu RPMP.08.06.02-12-0182/18

| | |
|---|---|
| Miejsce realizacji | Centrum Medycyny Profilaktycznej Spółka z o.o. ul . Komorowskiego 12 30-106 Kraków |
| Rodzaj Sali | Sala szkoleniowo - konferencyjna nr piętro..... |
| Data realizacji działań | |
| Opis programu działań inf-edukacyjnych | |



| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| Lp. | Imię i Nazwisko prowadzącego | Czytelny Podpis |
|-----|------------------------------|-----------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| ... | | |

ZATWIERDZAM:

.....
KIEROWNIK PROJEKTU



Załącznik nr 8 do Regulaminu

**LISTA OBECNOŚCI
Z DZIAŁAŃ INF-EDUKACYJNYCH DOTYCZĄCYCH TEMATYKI RPZ**

w ramach projektu pn. „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp z o.o.”

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020

8 Oś Priorytetowej Rynek pracy,

Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej,

Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne,

Nr projektu RPMP.08.06.02-12-0182/18

| | |
|--|---|
| Miejsce realizacji | Centrum Medycyny Profilaktycznej Spółka z o.o. ul . Komorowskiego 12 30-106 Kraków |
| Rodzaj Sali | Sala szkoleniowo konferencyjna nr piętro..... |
| Godziny realizacji działań inf-edukacyjnych | Godzina od ... do... |
| Data realizacji działań inf-edukacyjnych | Dzień/miesiąc: |

| Lp. | Imię i Nazwisko prowadzącego | Czytelny Podpis | Data |
|------------|-------------------------------------|------------------------|-------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| ... | | | |



| Lp. | Imię i Nazwisko uczestnika działań inf-edukacyjnych dotyczących tematyki RPZ | Czytelny Podpis | Data |
|-----|--|-----------------|------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |
| 8. | | | |
| 9. | | | |
| 10. | | | |
| 11. | | | |
| 12. | | | |
| 13. | | | |
| 14. | | | |
| 15. | | | |
| 16. | | | |
| 17. | | | |
| 18. | | | |
| 19. | | | |



| | | | |
|------|--|--|--|
| 20. | | | |
| 21. | | | |
| 22. | | | |
| 23. | | | |
| 24. | | | |
| | | | |



Załącznik nr 9 do Regulaminu

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE REALIZACJI
ZASADY RÓWNOŚCI SZANS
I NIEDYSKRYMINACJI, W TYM DOSTĘPNOŚCI
DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI ORAZ
ZASADY RÓWNOŚCI SZANS KOBIEC I
MĘCZYCZYN**

*w ramach projektu pn. „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp z o.o.”
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020
8 Oś Priorytetowej Rynek pracy,
Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej,
Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne,
Nr projektu RPMP.08.06.02-12-0182/18*

Ja, niżej podpisana
(imię i nazwisko)

Oświadczam, iż są mi znane zapisy Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 i deklaruję, że w trakcie realizacji powierzonych zadań będę ich przestrzegać.

Kraków dnia

.....
czytelny podpis składającej oświadczenie



Załącznik nr 10 do Regulaminu

Kraków, dnia

Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o.o.
ul. Komorowskiego 12
30-106 Kraków

NOTATKA SŁUŻBOWA

w ramach projektu pn. „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp z o.o.” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020 8 Oś Priorytetowej Rynek pracy, Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej, Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne, Nr projektu RPMP.08.06.02-12-0182/18

OPIS SYTUACJI:

.....
.....
.....
.....

.....
Podpis osoby sporządzającej notatkę

ZATWIERDZAM:

.....
Kierownik Projektu



Załącznik nr 10 do Regulaminu

Kraków, dnia

Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o.o.
ul. Komorowskiego 12
30-106 Kraków

USPRAWIEDLIWIENIE NIEOBECNOŚCI UCZESTNIKA PROJEKTU

*w ramach projektu pn. „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp z o.o.”
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020
8 Oś Priorytetowej Rynek pracy,
Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej,
Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne,
Nr projektu RPMP.08.06.02-12-0182/18*

DATA NIEOBECNOŚCI:

OPIS SYTUACJI:

.....
.....
.....
.....

.....
Podpis uczestnika projektu

ZATWIERDZAM: nieobecność usprawiedliwiona/ nieobecność nieusprawiedliwiona*

.....
Kierownik Projektu

- Niepotrzebne skreślić



Załącznik nr 11 do Regulaminu

Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o.o.
ul. Komorowskiego 12
30-106 Kraków

LISTA OBECNOŚCI UCZESTNIKA PROJEKTU

*w ramach projektu pn. „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp z o.o.”
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020
8 Oś Priorytetowej Rynek pracy,
Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej,
Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne,
Nr projektu RPMP.08.06.02-12-0182/18*



| MIESIĄC..... ROK..... | | | | | |
|------------------------|------------------|------------------|--|-----------------|--|
| IMIE I NAZWISKO: | | | | | |
| PESEL:..... | | | | | |
| Dzień | Wyszczególnienie | Godzina przyścia | Podpis lub U – nieobecność usprawiedliwiona, NU- nieobecność nieusprawiedliwiona | Godzina wyjścia | Podpis lub U – nieobecność usprawiedliwiona, NU- nieobecność nieusprawiedliwiona |
| 1 | C | | | | |
| 2 | Pt | | | | |
| 3 | So | | | ----- | |
| 4 | N | | | ----- | |
| 5 | Pn | | | | |
| 6 | Wt | | | | |
| 7 | Śr | | | | |
| 8 | C | | | | |
| 9 | Pt | | | | |
| 10 | So | | | ----- | |
| 11 | N | | | ----- | |
| 12 | Pn | | | | |
| 13 | Wt | | | | |
| 14 | Śr | | | | |
| 15 | C | | | | |
| 16 | Pt | | | | |
| 17 | So | | | ----- | |
| 18 | N | | | ----- | |
| 19 | Pn | | | | |
| 20 | Wt | | | | |
| 21 | Śr | | | | |
| 22 | C | | | | |
| 23 | Pt | | | | |
| 24 | So | | | ----- | |
| 25 | N | | | ----- | |
| 26 | Pn | | | ----- | |
| 27 | Wt | | | | |
| 28 | Śr | | | | |
| 29 | C | | | | |
| 30 | Pt | | | | |
| 31 | So | | | ----- | |

| | |
|---|--|
| Liczba dni otrzymanego wsparcia | |
| Liczba dni obecności usprawiedliwionej | |
| Liczba dni obecności nieusprawiedliwionej | |

Podpis Kierownika projektu:



Załącznik nr 12 do Regulaminu

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZAPOZNANIA SIĘ Z REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

*w ramach projektu pn. „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp z o.o.”
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020
8 Oś Priorytetowej Rynek pracy,
Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej,
Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne,
Nr projektu RPMP.08.06.02-12-0182/18*

Ja, niżej podpisana

Oświadczam, że zapoznałam się z Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie w szczególności z faktem, iż wsparcie będzie realizowane poprzez:

- Rehabilitacje i działania prozdrowotne (program edukacyjny)
- Zapewnienie zwrotu kosztów dojazdu niezbędnego dla usł realizacji usł zdrowotnej
- Zapewnienie zwrotu kosztów opieki nad osobą niesamodzielną którą opiekuje się osoba korzystająca z usł zdrowotnej

Kraków dnia

.....
czytelny podpis Uczestnika Projektu



Załącznik nr 13 do Regulaminu

NOTATKA Z ROZMOWY Z UCZESTNIKIEM PROJEKTU NT. SYTUACJI PO ZAKOŃCZENIU UDZIAŁU W PROJEKCIE

*pn. „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp z o.o.”
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020
8 Oś Priorytetowej Rynek pracy,
Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej,
Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne,
Nr projektu RPMP.08.06.02-12-0182/18*

| Dane uczestniczki/uczestnika: | |
|---|--|
| Kraj | |
| Imię | |
| Nazwisko | |
| PESEL | |
| Brak PESELU | <input type="checkbox"/> Tak |
| Płeć | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna |
| Data zakończenia udziału w projekcie (DD-MM-RRRR) <i>- wypełnia Beneficjent projektu</i> | |
| <i>Podpis pracownika Projektu</i> | |



| Dane do systemu SL2014 | |
|---|---|
| Termin uzupełnienia: do 4 tygodni od chwili zakończenia udziału w projekcie | |
| 1 | Rodzaj wsparcia studia licencjackie/magisterskie |
| 2 | <p>Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba kontynuuje zatrudnienie <input type="checkbox"/> osoba nabyła kompetencje <input type="checkbox"/> osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie <input type="checkbox"/> osoba podjęła kształcenie lub szkolenie <input type="checkbox"/> osoba podjęła pracę / rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba poszukująca pracy <input type="checkbox"/> osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka <input type="checkbox"/> osoba pracująca/ prowadząca działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka <input type="checkbox"/> osoba uzyskała kwalifikacje <input type="checkbox"/> sytuacja w trakcie monitorowania |
| 3 | <p>Sytuacja (2) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba kontynuuje zatrudnienie <input type="checkbox"/> osoba nabyła kompetencje <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie <input type="checkbox"/> osoba podjęła kształcenie lub szkolenie <input type="checkbox"/> osoba podjęła pracę / rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba poszukująca pracy <input type="checkbox"/> osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka <input type="checkbox"/> osoba pracująca/ prowadząca działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka <input type="checkbox"/> osoba uzyskała kwalifikacje <input type="checkbox"/> sytuacja w trakcie monitorowania |



| | | |
|---|---|--|
| 4 | Inne rezultaty dotyczące osób młodych (dotyczy IZM) <i>zawsze trzeba wybrać „projekt nie dotyczy inicjatywy na rzecz zatrudnienia ludzi młodych”</i> | <input type="checkbox"/> osoba nie otrzymała żadnej oferty <input type="checkbox"/> osoba otrzymała ofertę przygotowania zawodowego <input type="checkbox"/> osoba otrzymała ofertę stażu <input type="checkbox"/> osoba otrzymała ofertę pracy <input type="checkbox"/> osoba otrzymała ofertę ustawicznego kształcenia <input type="checkbox"/> projekt nie dotyczy inicjatywy na rzecz zatrudnienia ludzi młodych <input type="checkbox"/> sytuacja w trakcie monitorowania |
| 5 | Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |

Informacje dodatkowe:

.....

.....

.....

.....

Data sporządzenia:

.....
PODPPIS OSOBY SPORZĄDZAJĄCEJ



Załącznik nr 14 do Regulaminu

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU NT. SYTUACJI PO ZAKOŃCZENIU UDZIAŁU W PROJEKCIE

pn. „*Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp z o.o.*”

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020

8 Oś Priorytetowej Rynek pracy,

Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej,

Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne,

Nr projektu RPMP.08.06.02-12-0182/18

| Dane uczestniczki/uczestnika: | |
|---|--|
| Kraj | |
| Imię | |
| Nazwisko | |
| PESEL | |
| Brak PESELU | <input type="checkbox"/> Tak |
| Płeć | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna |
| Data zakończenia udziału w projekcie (DD-MM-RRRR) <i>- wypełnia Beneficjent projektu</i> | |
| <i>Podpis pracownika Projektu</i> | |



| Dane do systemu SL2014 | |
|---|---|
| Termin uzupełnienia: do 4 tygodni od chwili zakończenia udziału w projekcie | |
| 1 | Rodzaj wsparcia studia licencjackie/magisterskie |
| 2 | <p>Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba kontynuuje zatrudnienie <input type="checkbox"/> osoba nabyła kompetencje <input type="checkbox"/> osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie <input type="checkbox"/> osoba podjęła kształcenie lub szkolenie <input type="checkbox"/> osoba podjęła pracę / rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba poszukująca pracy <input type="checkbox"/> osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka <input type="checkbox"/> osoba pracująca/ prowadząca działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka <input type="checkbox"/> osoba uzyskała kwalifikacje <input type="checkbox"/> sytuacja w trakcie monitorowania |
| 3 | <p>Sytuacja (2) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba kontynuuje zatrudnienie <input type="checkbox"/> osoba nabyła kompetencje <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie <input type="checkbox"/> osoba podjęła kształcenie lub szkolenie <input type="checkbox"/> osoba podjęła pracę / rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba poszukująca pracy <input type="checkbox"/> osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka <input type="checkbox"/> osoba pracująca/ prowadząca działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka <input type="checkbox"/> osoba uzyskała kwalifikacje <input type="checkbox"/> sytuacja w trakcie monitorowania |



| | | |
|---|---|---|
| 4 | Inne rezultaty dotyczące osób młodych (dotyczy IZM) <i>zawsze trzeba wybrać „projekt nie dotyczy inicjatywy na rzecz zatrudnienia ludzi młodych”</i> | <input type="checkbox"/> osoba nie otrzymała żadnej oferty <input type="checkbox"/> osoba otrzymała ofertę przygotowania zawodowego <input type="checkbox"/> osoba otrzymała ofertę stażu <input type="checkbox"/> osoba otrzymała ofertę pracy <input type="checkbox"/> osoba otrzymała ofertę ustawicznego kształcenia <input type="checkbox"/> projekt nie dotyczy inicjatywy na rzecz zatrudnienia ludzi młodych <input type="checkbox"/> sytuacja w trakcie monitorowania |
| 5 | Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |

Informacje dodatkowe:

.....

.....

.....

.....

Data sporządzenia:

.....
PODPPIS UCZESTNIKA PROJEKTU