Załącznik 1

**Wniosek o włączenie do Projektu „Rehabilitacja drogą do utrzymania zdrowia i aktywności zawodowej Lubuszan”**

Proszę o zakwalifikowanie mnie do uczestnictwa w Projekcie „Rehabilitacja drogą do utrzymania zdrowia i aktywności zawodowej Lubuszan”

Imię i nazwisko: ……………………………………….....…………. PESEL ……………….………….........……..

Adres zamieszkania: ……………………...........……….....………………………………………………………….

Nr telefonu kontaktowego:............................................................................................................................................

Do wniosku załączam do wglądu dokumentacje medyczną potwierdzającą rozpoznanie u mnie schorzenia kwalifikującego do udziału w Projekcie.

* Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w dokumentacji zgromadzonej w trakcie mojego udziału w Projekcie „Rehabilitacja drogą do utrzymania zdrowia i aktywności Lubuszan”, do celów związanych z realizacją świadczeń w Projekcie oraz ewaluacją Projektu, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r., poz.1000). Wszelkie dane dotyczące mojego stanu zdrowia pozostają objęte ochroną wynikającą z tajemnicy medycznej.
* Oświadczam, że nie korzystam aktualnie z zabiegów rehabilitacyjnych finansowanych ze środków publicznych (NFZ) w ośrodku, do którego składam niniejszy wniosek, ani nie posiadam aktualnego skierowania na rehabilitację do tego ośrodka od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

…………………………………………………..

czytelny podpis osoby wnioskującej

Oświadczam również, że \*):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Jestem osoba pracującą.Moje miejsce pracy to: …………………………………………………………………….. |
|  |  |
|  |  | Jestem osobą w wieku emerytalnym, planuję jednak kontynuację pracy zawodowej i deklaruję gotowość podjęcia zatrudnienia. |
|  |  |
|  |  | Jestem osobą bezrobotną poszukującą pracy. Jestem zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy w ……………………………….Deklaruję gotowość do podjęcia zatrudnienia.Deklaruję również, że poinformuję realizatora Projektu, jeśli w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji w Projekcie podejmę pracę (jeśli będzie to związane z poprawą mojego zdrowia). |
|  |  |
|  |  | Jestem uczniem w trakcie praktycznej nauki zawodu.Uczę się w szkole: …………………………………………………………………………. |
|  |  |

…………………………………………………..

czytelny podpis osoby wnioskującej

\*) Proszę zaznaczyć i uzupełnić właściwy wybór

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| fundusze_europejskie_program_regionalny | logo_lubuskie (bw) | EFS |