



Załącznik nr 1 do Regulaminu projektu

FORMULARZ REKRUTACYJNY

I. Informacje o projekcie

Projekt *Jestem kobietą, więc idę. Cytologia*, nr umowy RPSW.08.02.03-26-0002/17-00 w ramach Osi Priorytetowej RPSW.08.00.00 Rozwój edukacji i aktywne społeczeństwo Działania RPSW.08.02.00 Aktywne i zdrowe starzenie się Poddziałania RPSW.08.02.03 Wsparcie profilaktyki zdrowotnej - ZIT (projekty konkursowe) realizowany przez Stowarzyszenie PROREW w partnerstwie z Ogólnopolską Organizacją Kwiat Kobiecości, Stowarzyszeniem „Homo Politicus”, Fundacją „Efekt Motyla”, Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej „PATRON” Sp. z o.o., Samorządowym Zakładem Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Sitkówce-Nowinach, Gminą Sitkówka-Nowiny, Fundacją INVICTUS, Mammografią Sp. z o.o. w okresie od 01.08.2017 do 31.07.2019. Projekt *Jestem kobietą, więc idę. Cytologia* jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020.

II. Dane osobowe kandydata/kandydatki

Imię..... Nazwisko..... PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 wiek..... płeć K* M*
ulica..... nr domu..... nr lokalu..... miejscowość..... kod pocztowy.....
poczt..... województwo..... powiat..... gmina.....
telefon kontaktowy..... e-mail.....

wykształcenie: niższe niż podstawowe podstawowe gimnazjalne ponadgimnazjalne policealne wyższe

Oświadczam, że mieszkam/uczę się/pracuję* na terenie gminy

Status Uczestniczki/ka Projektu w chwili przystąpienia do projektu. Oświadczam, że jestem (zaznaczyć wszystkie, które dotyczą):

<input type="checkbox"/> Bezrobotny/a w tym: <input type="checkbox"/> zarejestrowany/a w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotny/a zarejestrowany/a w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> niezarejestrowany/a w ewidencji urzędów pracy	1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji 2. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie 3. Osoba z niepełnosprawnościami (jeśli tak należy dostarczyć orzeczenie o niepełnosprawności) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie 4. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie 5. Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie 6. Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej- innej niż wymienione powyżej, np. zamieszkiwanie na terenach wiejskich <input type="checkbox"/> Tak, proszę wymienić <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
<input type="checkbox"/> Bierny/a zawodowo z powodów zdrowotnych w tym: <input type="checkbox"/> nieuczestniczący/a w kształceniu lub w szkoleniu <input type="checkbox"/> uczestniczący/a w kształceniu lub w szkoleniu: - w trybie dziennym <input type="checkbox"/> - w trybie zaocznym <input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;">Formy wsparcia</p> Osoby w wieku aktywności zawodowej, w tym: - osoby pracujące oraz biernie zawodowo z powodu stanu zdrowia, w tym w szczególności powyżej 50 roku życia oraz kobiety w wieku od 25 do 59. Działania informacyjno-edukacyjne o charakterze kampanii informacyjnej oraz dotyczące edukacji prozdrowotnej, polegające na zachęceniu kobiet do badań profilaktycznych z zakresu profilaktyki raka szyjki macicy <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Działania edukacyjne z zakresu profilaktyki raka szyjki macicy kierowane do lekarzy POZ <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Badanie cytologiczne <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> Zatrudniony/a w tym: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w osoba pracująca w Mikro, Małych i Średnich Przedsiębiorstwach <input type="checkbox"/> w osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inna (w tym rolnik, domownik rolnika) Wykonywany zawód: (wypełniają osoby zatrudnione) Nazwa firmy: (wypełniają osoby zatrudnione)	<p style="text-align: center;">Kryteria premiujące (wypełniają tylko kobiety)</p>

Kiedy odbyła Pani ostatnie badanie cytologiczne?	1-3 lata <input type="checkbox"/> 4-6 lat <input type="checkbox"/> 7 lat i więcej (w tym: nigdy nie brałam udziału w badaniu) <input type="checkbox"/>
--	---

(*podkreśl właściwe)



Czy u Pani w rodzinie były nowotworowe choroby kobiece?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Skąd dowiedziałam/em się o projekcie		
Od pracownika biura projektu <input type="checkbox"/>	Z plakatów i ulotek <input type="checkbox"/>	Ze strony internetowej projektu <input type="checkbox"/>
Z profilu projektu na Facebook <input type="checkbox"/>	Z portali ogłoszeniowych <input type="checkbox"/>	Od rodziny/znajomych <input type="checkbox"/>

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

1. Deklaruję udział w projekcie *Jestem kobietą, więc idę. Cytologia*. Zostałam/em poinformowana/y o zasadach udziału w projekcie. Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem i zasadami udziału w projekcie oraz spełniam warunki udziału w projekcie.
2. Zostałam/em poinformowana/y o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia. Jednakże odmowa podania danych dotyczących stanu zdrowia w pkt III jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w projekcie. Oświadczam, że podane przeze mnie dane są aktualne i prawdziwe. Zostałam/em pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych o stanie zdrowia zawartych w Formularzu rekrutacyjnym zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.).
4. Złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu.

.....
Data i podpis uczestnika

POSTĘPOWANIE REKRUTACYJNE (wypełnia personel projektu):

- Zakwalifikowano do udziału w projekcie Zakwalifikowano do udziału w programie profilaktycznym
- Nie zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie
- Specjalne potrzeby uczestnika projekty, jakie?.....

.....
Data i podpis pracownika projektu

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. *Jestem kobietą, więc idę. Cytologia* oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce;
2. podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020;
3. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu *Jestem kobietą, więc idę. Cytologia*, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu;
4. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt Stowarzyszenie PROREW, ul. Szymanowskiego 3/58, 25-361 Kielce (nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPO WŚ;
5. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
6. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
Data i podpis uczestnika

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

1. W zawiązku z przystąpieniem do projektu *Jestem kobietą, więc idę. Cytologia* oświadczam, że obecnie nie korzystam z tego samego wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez UE w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Zostałam/em poinformowana/y, że projekt jest realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020. Realizacja projektu jest współfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
 - Oświadczam, że dzięki interwencji EFS zgłosiłam się/zgłoszę się na badania profilaktyczne (cytologia).
 - Oświadczam, że dzięki interwencji EFS wykonywałam po raz pierwszy badanie profilaktyczne w kierunku wykrywania raka szyjki macicy.
 - Oświadczam, że odebrałam/em materiały informacyjne/materiały edukacyjne.

.....
Data i podpis uczestnika