



**Formularz zgłoszeniowy do projektu
„Zdrowi pracownicy samorządowi Powiatu Mogileńskiego”
realizowanego w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027
– Powiatowy Urząd Pracy w Mogilnie**

**Dane osoby zgłaszającej chęć udziału w projekcie
„Zdrowi pracownicy samorządowi Powiatu Mogileńskiego”.**

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Stanowisko pracy:

Kontaktowy numer telefonu:

Adres poczty internetowej:

Zapoznałem/am się z *Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie „Zdrowi pracownicy samorządowi Powiatu Mogileńskiego” w Powiatowym Urzędzie Pracy w Mogilnie, jestem świadomy/świadoma przysługujących mi praw i akceptuję warunki udziału w projekcie. Deklaruję udział w projekcie „Zdrowi pracownicy samorządowi Powiatu Mogileńskiego”.*

- I. W związku z pracą wykonywaną w Powiatowym Urzędzie Pracy w Mogilnie i występowaniem czynników ryzyka na stanowisku pracy dostrzegam negatywny wpływ tych czynników na moje zdrowie, w szczególności: (zaznacz „x” jeśli dotyczy):
- odczuwam negatywny wpływ siedzącego trybu pracy i/lub wymuszonej pozycji ciała w postaci bólu, schorzeń, zwyrodnień kręgosłupa i układu kostno-stawowego, bólów szyi i pleców lub problemów układu krążeniowego, np. puchnięcie czy drętwienie nóg;
 - odczuwam negatywny wpływ długotrwałej pracy z myszką komputerową w postaci bólu, dyskomfortu, mrowienia, drętwienia palców i nadgarstka,
 - odczuwam negatywny wpływ pracy na zajmowanym stanowisku pracy na narząd wzroku w postaci zmęczenia, bólu oczu i głowy, pogarszającego się wzroku, łzawienia, itp.;
 - odczuwam symptomy wypalenia zawodowego (np. stres, zmęczenie, niepokój, problemy ze snem, wzrost napięcia emocjonalnego, niewłaściwie zachowania wobec innych osób, brak poczucia sensu tego, co się robi, obniżenie satysfakcji z wykonywanej pracy).
- II. Zadeklarowałem/zadeklarowałam udział w projekcie mającym na celu poprawę ergonomii i warunków pracy oraz profilaktykę zdrowotną w ramach złożonej *Wstępnej deklaracji udziału w projekcie mającym na celu poprawę ergonomii i warunków pracy oraz profilaktykę zdrowotną Pracowników Powiatowego Urzędu Pracy w Mogilnie* (zaznacz właściwe):

TAK

NIE



Kryteria formalne udziału w projekcie

Oświadczam, że (zaznacz „x” jeśli dotyczy):

- jestem pracownikiem Powiatowego Urzędu Pracy w Mogilnie – załącznik: zaświadczenie potwierdzające zatrudnienie;
- w związku z występowaniem w miejscu pracy czynników ryzyka wpływających na mój stan zdrowia deklaruję chęć uzyskania wsparcia w obszarze zdrowia i udziału w projekcie, którego celem jest eliminacja lub ograniczenie negatywnego wpływu tych czynników.

Kryteria premiujące udział w projekcie

(odpowiedź na pytania dotyczy osób, które nie deklarowały udziału w projekcie w ramach złożonej Wstępnej deklaracji udziału w projekcie mającym na celu poprawę ergonomii i warunków pracy oraz profilaktykę zdrowotną Pracowników Powiatowego Urzędu Pracy w Mogilnie)

Oświadczam, że (zaznacz „x” jeśli dotyczy):

- posiadam staż zawodowy w PUP w Mogilnie:
 - poniżej 5 lat; powyżej 5 lat do 10 lat powyżej 10 lat do 20 lat powyżej 20 lat
- mam 50 lat lub więcej;
- posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez wojewódzki lub powiatowy zespół ds. orzekania o niepełnosprawności i/lub orzeczenie lekarzy orzeczników ZUS i inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.);
- powróciłem/powróciłam do pracy w związku z długotrwałą chorobą.

Formy wsparcia w projekcie

Deklaruję udział w następujących formach wsparcia (zaznacz „x” jeśli dotyczy):

- poprawa ergonomii i środowiska pracy poprzez otrzymanie:
 - ergonomicznego fotela;
 - ergonomicznej myszki komputerowej;
 - ergonomicznego podnóżka;
 - biurowego zestawu słuchawkowego z mikrofonem;
 - maty masującej do samochodu;
 - wózka do sprzątania;
- refundacja kosztów badań profilaktycznych i/lub działań rehabilitacyjnych w zakresie chorób związanych z ryzykami na zajmowanym stanowisku pracy w miejscu pracy;
- grupowe warsztaty z zakresu radzenia sobie ze stresem i przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.



Oświadczenia

Oświadczam, że:

- informacje zawarte w *Formularzu zgłoszeniowym* są zgodne z prawdą i jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
- zobowiązuje się poinformować PUP w Mogilnie w przypadku zmiany jakichkolwiek danych;
- w przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie przekażę informację na temat swojej sytuacji zatrudnieniowej po zakończeniu udziału w projekcie (w okresie do 4 tygodni od dnia zakończenia udziału w projekcie);
- w przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie wezmę udział w przyszłym badaniu ewaluacyjnym, jeśli takie badanie będzie realizowane.

Jeśli ma Pan/Pani specjalne potrzeby związane z uczestnictwem w projekcie proszę wskazać właściwe usługi/udogodnienia (zaznacz „x” jeśli dotyczy):

- zapewnienie tłumacza języka migowego;
- zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką;
- dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową;
- obecność osoby towarzyszącej/asystenta osoby z niepełnosprawnością;
- specjalne potrzeby żywieniowe;
- inne:
- nie dotyczy

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Załączniki:

- Klauzula informacyjna,
- Zaświadczenie potwierdzające zatrudnienie w Powiatowym Urzędzie Pracy w Mogilnie.



Wypełnia biuro projektu w PUP w Mogilnie

Data i godzina złożenia formularza:

Numer formularza:

Podpis osoby przyjmującej formularz:

Pracownik wstępnie deklaruje udział w projekcie: TAK NIE

Kryteria formalne		
Lp.	Kryterium	Weryfikacja
1.	Pracownik PUP w Mogilnie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2.	Deklaracja udziału w projekcie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

.....

data

.....

podpis specjalisty ds. programów

Kryteria premiujące			
Lp.	Kryterium	Weryfikacja	Liczba punktów
1.	Staż w PUP poniżej 5 lat	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	
	Staż w PUP powyżej 5 lat do 10 lat	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	
	Staż w PUP powyżej 10 lat do 20 lat	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	
	Staż w PUP powyżej 20 lat	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	
2.	Wiek: 50 lat i więcej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	
3.	Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	
4.	Powrót do pracy w związku z długotrwałą chorobą	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	
SUMA PUNKTÓW			

.....

data

.....

*podpis pracownika ds. kadr*Wynik rekrutacji:

- osoba na liście uczestników;
 osoba na liście rezerwowej;
 osoba niezakwalifikowana do projektu;

.....

data

.....

podpis specjalisty ds. programów