



DEKLARACJA UCZESTNICTWA - Kobieta

Ja, niżej podpisana
(imię i nazwisko czytelnie)

zamieszkała

.....
(adres z kodem pocztowym)

data i miejsce urodzenia:

PESEL:

Płeć: Kobieta

Obszar zamieszkania*: wiejski / miejski

zgłaszam swój udział do projektu „Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych w zakresie kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem na obszarze południowym województwa opolskiego” nr umowy RPOP.08.01.00-16-0036/16-00, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020 realizowanego przez NZOZ ZDROWA RODZINA S.C. R.MEHL E.JANIUK G.ZIMNAL z siedzibą w Opolu, 45-715 Opole, ul. Krapkowicka 10A wraz z partnerami: a) Mączka – lekarze ginekolodzy – Spółka partnerska z siedzibą w Opolu, ul. Krzemieniecka 66 lok. 9, 45-401 Opole, b) „DOMOWE HOSPICJUM DLA DZIECI” W OPOLU z siedzibą w Opolu, 45-071 Opole, ul. Armii Krajowej 11-13, c) OLIO Gabriela Eliaz-Łukasiewicz z siedzibą w Opolu, 45-738 Opole, ul. Chmielowicka 36 lok.

Oświadczam, że spełniam następujące kryteria udziału w projekcie:

1. Jestem kobietą w ciąży i/lub w okresie połogu.
2. Zamieszkuję teren województwa opolskiego.

Oświadczam, że nie korzystałam z tej samej formy wsparcia z innego projektu finansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach działania 8.1 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych (w zakresie kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem) RPO WO 2014-2020.

W związku z obowiązkiem informacyjno-promocyjnym zapisanym w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. oraz Rozporządzeniu Wykonawczym Komisji (UE) Nr 821/2014 z dnia 28 lipca 2014r. wyrażam zgodę na: Rozporządzenia 1303/2013 oraz Rozporządzenia 1304/2013

- utrwalanie wizerunku na zdjęciach, filmach,
- publikowanie zdjęć na stronie internetowej projektu,
- publikowanie zdjęć w prasie lokalnej i regionalnej.

.....
(Czytelny podpis)

.....
(Data podpisania)



Dane uczestników projektów otrzymujących wsparcie w ramach EFS - KOBIE TA

Dane uczestnika projektu	1	Imię (imiona):*
	2	Nazwisko:*
	3	Płeć:*
	4	PESEL:*
	5	Kraj:
	6	Wiek w chwili przystąpienia do projektu:
	7	Wykształcenie (proszę wybrać)*: a) Niższe niż podstawowe (ISCED0) b) Podstawowe (ISCED1) c) Gimnazjalne (ISCED2) d) Ponadgimnazjalne (ISCED3) e) Policealne (ISCED4) f) Wyższe (ISCED 5-8)
Dane adresowe	8	Województwo*:
	9	Powiat*:
	10	Gmina*:
	11	Miejscowość*:
	12	Ulica*:
	13	Nr budynku*:
	14	Nr lokalu*:
	15	Kod pocztowy*:
	16	Telefon kontaktowy*:
	17	Adres e-mail*:
	18	Obszar zamieszkania*: miejski/wiejski
Dane dodatkowe	19	Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu* (proszę wybrać):

		<p>1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia a) Nie b) Odmowa podania informacji c) Tak</p> <p>2. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania a) Tak b) Nie</p> <p>3. Osoba z niepełnosprawnością a) Nie b) Odmowa podania informacji c) Tak</p> <p>4. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących a) Nie b) Tak w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu a) Nie b) Tak</p> <p>5. Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu a) Nie b) Tak</p> <p>6. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) a) Nie b) Odmowa podania informacji c) Tak</p>
	20	<p>Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu –(proszę wybrać)*:</p> <p>1. Osoba pracująca w tym: a) osoba pracująca w administracji rządowej</p>



		<ul style="list-style-type: none"> b) osoba pracująca w administracji samorządowej c) osoba pracująca w MMŚP (mikro, małym, średnim przeds.) d) osoba pracująca w organizacji pozarządowej e) osoba prowadząca działalność na własny rachunek f) osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie g) inne <p>2. Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</p> <ul style="list-style-type: none"> a) osoba długotrwale bezrobotna*¹ b) inne <p>3. Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</p> <ul style="list-style-type: none"> a) osoba długotrwale bezrobotna b) inne <p>4. Osoba biernie zawodowo/nieaktywna zawodowo*²</p> <ul style="list-style-type: none"> a) osoba ucząca się b) osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu c) inne (w tym emeryci i renciści) <p>Wykonywany zawód (dotyczy osób pracujących):</p>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> a) instruktor praktycznej nauki zawodu b) nauczyciel kształcenia ogólnego c) nauczyciel wychowania przedszkolnego d) nauczyciel kształcenia zawodowego e) pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia f) kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej g) pracownik instytucji rynku pracy h) pracownik instytucji szkolnictwa wyższego i) pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej j) pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej k) pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej l) rolnik m) inny <p>Zatrudniony w (proszę podać nazwę zakładu pracy) :</p>
--	--	--

Data

Czytelny podpis

¹ Osoba bezrobotna nieprzerwanie przez 12 m-cy

² Osoby bierne zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej np.

studenci studiów stacjonarnych, osoby na urlopie wychowawczym