

DEKLARACJA UCZESTNICTWA

do projektu pn. „Nastrój siebie”
nr. FELD.08.04-IZ.00-0074/25

1. Zdiagnozowane choroby u Uczestnika ¹ potwierdzone w dokumentacji medycznej:													
F32 – Epizod depresyjny										Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>
F33 – Zaburzenia depresyjne nawracające										Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>
F41 – Zaburzenia lękowe (inne zaburzenia lękowe)										Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>
F43 – Reakcje na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne										Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>
2. DANE OSOBOWE													
Imię													
Nazwisko													
Wiek						Obywatelstwo							
Płeć		Kobieta		<input type="checkbox"/>		Mężczyzna		<input type="checkbox"/>					
Numer PESEL													
3. DANE ADRESOWE I KONTAKTOWE													
Kraj													
Województwo													
Kod pocztowy													
Powiat													
Gmina													
Miejscowość													
Numer telefonu		-		-									
Adres e-mail													

¹ Dla rozpoznania ICD-10: F32 F33 oraz F41 dokument medyczny potwierdzający diagnozę nie może mieć więcej niż 5 lat. Dla rozpoznania ICD-10: F43- dok. medyczny potwierdzający diagnozę nie może mieć więcej niż 3 lata.

5. WYKSZTAŁCENIE Oświadczam, że mam wykształcenie:	
<input type="checkbox"/>	Brak (brak formalnego wykształcenia)
<input type="checkbox"/>	Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)
<input type="checkbox"/>	Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)
<input type="checkbox"/>	Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)
<input type="checkbox"/>	Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)
<input type="checkbox"/>	Wyższe
6. STATUS Oświadczam, że jestem osobą (zaznaczyć wszystkie, które dotyczą):	
<p>- pracującą <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Jeżeli TAK (zaświadczenie od pracodawcy/umowa/wyciąg CEIDG/KRUS):</p> <p>- stanowisko / wykonywany zawód</p> <p>.....</p> <p>- zaznacz prawidłowy (obowiązkowe):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> Pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) <input type="checkbox"/> Pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Pracująca w MMŚP (mikro, małe, średnie przedsiębiorstwa) <input type="checkbox"/> Pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> Pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> Pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> Pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (zarządzająca) <input type="checkbox"/> Pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> Pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> Pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> Pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> Pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> Pracująca w federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> Pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> Inne <p>- Bezrobotną zarejestrowaną: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Jeżeli TAK (zaświadczenie z PUP/ZUS)</p>	
- posiadam orzeczenie o niepełnosprawności (należy dołączyć orzeczenie)	TAK NIE
- należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	TAK NIE
- bezdonną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	TAK NIE
- obcego pochodzenia	TAK NIE
- obywatelem państwa trzeciego	TAK NIE



7. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że podane przeze mnie w DEKLARACJI UCZESTNICTWA dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem projektu, nie zgłaszam do niego zastrzeżeń i zobowiązuję się przestrzegać jego postanowień.

Oświadczam, że spełniam warunki kwalifikujące do udziału w Projekcie zgodnie z Regulaminem projektu.

Data

Podpis