

ANKIETA REKRUTACYJNA

Wypełnia Beneficjent Projektu:

BENEFICJENT	NESTOR GROUP BARTOSZ BERKOWSKI
TYTUŁ PROJEKTU	ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ – PROFILAKTYKA CUKRZYCY
NR PROJEKTU	RPDS.08.07.00-02-0029/20
WPŁYNEŁO DNIA	
PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ	

Wypełnia Uczestnik/Uczestniczka:

I. DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI	
(PROSIMY O WYPEŁNIENIE WSZYSTKICH PÓL FORMULARZA CZYTELNICIE, DRUKOWANYMI LITERAMI)	
IMIĘ (IMIONA)	
NAZWISKO	
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> KOBIEТА <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA
PESEL	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px; margin: 2px;"></div> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">(Proszę o wpisanie nr pesel jedna cyfra w jednym kwadracie)</p>
WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU
DATA URODZENIA	
WYKSZTAŁCENIE (Proszę zaznaczyć jeden kwadrat)	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (ISCED0) <input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED1) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED2) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED3) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED5)



II. DANE KONTAKTOWE			
ADRES ZAMIESZKANIA			
WOJEWÓDZTWO			
POWIAT			
GMINA			
MIEJSCOWOŚĆ			
ULICA			
NR DOMU		NR LOKALU	
KOD POCZTOWY			
TELEFON KONTAKTOWY			
ADRES E-MAIL			
ADRES DO KORESPONDENCJI (NALEŻY WYPEŁNIĆ, JEŚLI JEST INNY NIŻ ADRES ZAMIESZKANIA)			
ULICA			
NR DOMU		NR LOKALU	
MIEJSCOWOŚĆ			
KOD POCZTOWY			
OŚWIADCZAM, ŻE ZAMIESZKUJĘ:			
POWIAT	<input type="checkbox"/> głogowski <input type="checkbox"/> górski <input type="checkbox"/> m. Legnica <input type="checkbox"/> legnicki <input type="checkbox"/> lubiński <input type="checkbox"/> polkowicki		



III. STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:

Proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat:

- Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ew. urzędów pracy
 Osoba bezrobotna zarejestrowana w ew. urzędów pracy
 Osoba bierna zawodowo
 Osoba pracująca, w tym:
 w administracji rządowej w administracji samorządowej inne
 os. pracująca w MMŚP os. pracująca w org. pozarząd.
 os. prowadz. działalność na wł. rachunek os. pracująca w dużym przedsiębiorstwie

WYKONYWANY ZAWÓD:

- nie dotyczy
 inny
 instruktor praktycznej nauki zawodu
 nauczyciel kształcenia ogólnego
 nauczyciel wychowania przedszkolnego
 nauczyciel kształcenia zawodowego
 pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
 kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
 pracownik instytucji rynku pracy
 pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
 pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
 pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
 pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej
 rolnik

ZATRUDNIONY W:



IV. STATUS SPOŁECZNY

Osoba z niepełnosprawnościami:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, os. obcego pochodzenia:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba w innej niekorzystanej sytuacji społecznej:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji

V. CZYNNIKI RYZYKA

OŚWIADCZAM, IŻ JESTEM OBJĘTY NASTĘPUJĄCYMI CZYNNIKAMI RYZYKA:

- Nadwaga lub otyłość (wskaźnik równy bądź większy niż 25 kg/m² BMI oraz obwód talii > 80 cm u kobiet lub > 90 cm u mężczyzn)
- Mała aktywność fizyczna (mniej niż 150 min wysiłku fizycznego tygodniowo)
- Stwierdzona hiperglikemia (>=100 mg/dl glukozy we krwi na czczo)
- Choroba układu sercowo-naczyniowego
- Dyslipidemia
- Nadciśnienie tętnicze
- Zespół policystycznych jajników (dot. kobiet)
- Przebyta cukrzyca ciążowa (dot. kobiet)
- Dziecko urodzone o wadze powyżej 4 kg (dot. kobiet)
- Występująca w rodzinie cukrzyca
- W stanach generujących insulinoodporność m.in. przewlekle leczonych sterydami, analogami somatostatynami i innymi lekami o działaniu diabetogennym

- OŚWIADCZAM, ŻE NIE POSIADAM W DOTYCHCZASOWYM WYWIADZIE ROZPOZNANEJ CUKRZYCY TYPU 2.
- DEKLARUJĘ CHĘĆ WZIĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE „ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ – PROFILAKTYKA CUKRZYCY” RPDS.08.07.00-02-0029/20.

OŚWIADCZAM, ŻE POTWIERDZAM WŁASNORĘCZNYM PODPISEM PRAWDIWOŚĆ DANYCH ZAMIESZCZONYCH W ANKIECIE REKRUTACYJNEJ I DODATKOWYCH OŚWIADCZENIACH REKRUTACYJNYCH.

.....
Data, miejscowość

.....
Czytelny podpis



SPECJALNE POTRZEBY

Proszę określić potrzeby/specjalne nie wynikające z niepełnosprawności, a związane z udziałem w Projekcie.

Ja niżej podpisany/a
(imię i nazwisko)

oświadczam, że mam/nie mam* specjalne potrzeby, takie jak:

.....
.....
.....
.....

*proszę podkreślić

.....
Data, miejscowość

.....
Czytelny podpis