



Projekt „Program eliminowania zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy w MPWIK”  
współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Formularz zgłoszeniowy do projektu  
„Program eliminowania zdrowotnych czynników  
ryzyka w miejscu pracy w MPWIK”**

**Dane personalne**

1.	<b>Imię (imiona)</b>	
2.	<b>Nazwisko</b>	
3.	<b>Pesel</b>	
4.	<b>Data urodzenia</b>	
5.	<b>Płeć</b>	kobieta / mężczyzna*
6.	<b>Osoba z niepełnosprawnościami</b>	TAK/ NIE / odmowa podania informacji*
7.	<b>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</b>	TAK/ NIE / odmowa podania informacji*
8.	<b>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b>	TAK/ NIE*
9.	<b>Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących</b> w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu (wypełnić w przypadku zaznaczenia opcji TAK w poprzednim zdaniu)	TAK/ NIE*
		TAK/ NIE*
10.	<b>Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu</b>	TAK/ NIE*
11.	<b>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)</b>	TAK/ NIE / odmowa podania informacji*
12.	<b>Ulica</b>	
13.	<b>Nr domu</b>	<b>Nr lokalu</b>
14.	<b>Miejscowość</b>	
15.	<b>Obszar</b>	miejski / wiejski*
16.	<b>Kod pocztowy</b>	
17.	<b>Województwo</b>	
18.	<b>Powiat</b>	

\*niepotrzebne skreślić



**Projekt „Program eliminowania zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy w MPWIK”  
współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

19.	<b>Telefon stacjonarny</b>	
20.	<b>Telefon komórkowy</b>	
21.	<b>Adres poczty elektronicznej (e-mail)</b>	
22.	<b>Oświadczam, że:</b> a) Jestem pracownikiem Miejskiego Przedsiębiorstwa Wodociągów i Kanalizacji Spółka z o.o. w Skarżysku – Kamiennej (ul. Cicha 8, 26-110 Skarżysko-Kamienna) b) Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą. c) Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. d) nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego	
23.	<b>Deklaruję uczestnictwo w następujących obowiązkowych formach wsparcia:</b>  <input type="checkbox"/> Profilaktyczne badania lekarskie – punkt medyczny <input type="checkbox"/> Badania - PSA (dla mężczyzn 50+) <input type="checkbox"/> Badanie - USG piersi (kobiety 40+) <input type="checkbox"/> Badanie - Cytologia z USG (Kobiety)  <input type="checkbox"/> Konsultacje indywidualne z fizjoterapeutą <input type="checkbox"/> Pakiet rehabilitacyjny (podstawowy + ew. kontynuacyjny)  <input type="checkbox"/> Warsztaty z motywacji dla kadry kierowniczej <input type="checkbox"/> Warsztaty przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu dla pracowników  <input type="checkbox"/> Piknik edukacyjno-zdrowotny dla pracowników i ich rodzin  <input type="checkbox"/> Zajęcia na basenie <input type="checkbox"/> Zajęcia na siłowni  <input type="checkbox"/> Klawiterapia  <input type="checkbox"/> Grupowe doradztwo profilaktyczne z organizacji bezpieczeństwa pracy <input type="checkbox"/> Coaching	
24.	<b>Zgłaszam specjalne potrzeby w zakresie udziału w Projekcie:</b> ..... ..... .....	

.....  
*Czytelny podpis uczestnika projektu*

.....  
*Data*



---

**Projekt „Program eliminowania zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy w MPWIK”  
współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

---

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Ja niżej podpisany/a .....  
(imię i nazwisko)

zamieszkały/a .....  
.....  
(adres zameldowania)

Nr PESEL .....

1. Deklaruję uczestnictwo w projekcie pt. **„Program eliminowania zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy w MPWIK”** realizowanym przez Miejskie Przedsiębiorstwo Wodociągów i Kanalizacji Spółka z o.o. Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, Działanie 8 Rozwój edukacji i aktywne społeczeństwo, Podziałanie 8.2.1. Przeciwdziałanie przedwczesnemu opuszczaniu rynku pracy przez osoby w wieku aktywności zawodowej.
2. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych na potrzeby projektu.
3. Oświadczam, że jestem pracownikiem Miejskiego Przedsiębiorstwa Wodociągów i Kanalizacji Spółka z o.o. w Skarżysku – Kamiennej.
4. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt **„Program eliminowania zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy w MPWIK”** jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
5. Oświadczam, że nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
6. Oświadczam, że upoważniam Miejskie Przedsiębiorstwo Wodociągów i Kanalizacji Spółka z o.o. i wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz.926, z późn. zm.) w celu monitoringu, kontroli i ewaluacji Projektu.
7. Świadomy(a) odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w deklaracji uczestnictwa są zgodne z prawdą.

.....  
*Czytelny podpis uczestnika projektu*

*Skarżysko-Kamienna,*

.....  
*Miejscowość i data*

Załączniki:

1. Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.
2. Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na upowszechnianie wizerunku.



---

**Projekt „Program eliminowania zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy w MPWIK”  
współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

---

*Załącznik 1 do Deklaracji uczestnictwa w projekcie*

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA  
PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

W związku z przystąpieniem do projektu pt. „**Program eliminowania zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy w MPWIK**” współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, Działanie 8 Rozwój edukacji i aktywne społeczeństwo, Poddziałanie 8.2.1. Przeciwdziałanie przedwczesnemu opuszczaniu rynku pracy przez osoby w wieku aktywności zawodowej, oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

- 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 „**Program eliminowania zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy w MPWIK**” ewaluacji, monitoringu, kontroli i sprawozdawczości w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 - 2020;
- 4) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt – Miejskiemu Przedsiębiorstwu Wodociągów i Kanalizacji Spółka z o.o. oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu „**Program eliminowania zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy w MPWIK**” ..... (nazwa i adres ww. podmiotów). 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 danych i ich poprawiania.

*Skarżysko-Kamienna,*

.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*Czytelny podpis uczestnika projektu*



---

Projekt „Program eliminowania zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy w MPWIK”  
współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

---

*Załącznik 2 do Deklaracji uczestnictwa w projekcie*

## **OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA UPOWSZECHNIANIE WIZERUNKU**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na upowszechnianie mojego wizerunku w materiałach zdjęciowych, audiowizualnych i prezentacjach na potrzeby informacji i promocji Europejskiego Funduszu Społecznego zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 90, poz. 631, z późn. zm.).

*Skarżysko-Kamienna,*

.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*Czytelny podpis uczestnika projektu*