**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”.**

1. 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).

1. 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 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 deklarował udział w projekcie: 🞏 TAK 🞏 NIE

|  |
| --- |
| Kryteria formalne |
| Lp. | Kryterium | Weryfikacja |
| 1. | Pracownik PUP w Mogilnie |  🞏 TAK 🞏 NIE  |
| 2. | Deklaracja udziału w projekcie |  🞏 TAK 🞏 NIE  |

…………………………………………. ……………………………………………………...

 *data podpis specjalisty ds. programów*

|  |
| --- |
| Kryteria premiujące |
| Lp. | Kryterium | Weryfikacja | Liczba punktów |
| 1. | Staż w PUP poniżej 5 lat | 🞏 TAK 🞏 NIE 🞏 NIE DOTYCZY |  |
| Staż w PUP powyżej 5 lat do 10 lat  | 🞏 TAK 🞏 NIE 🞏 NIE DOTYCZY |  |
| Staż w PUP powyżej 10 lat do 20 lat | 🞏 TAK 🞏 NIE 🞏 NIE DOTYCZY |  |
| Staż w PUP powyżej 20 lat | 🞏 TAK 🞏 NIE 🞏 NIE DOTYCZY |  |
| 2.  | Wiek: 50 lat i więcej  | 🞏 TAK 🞏 NIE 🞏 NIE DOTYCZY |  |
| 3. | Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności  | 🞏 TAK 🞏 NIE 🞏 NIE DOTYCZY |  |
| 4. | Powrót do pracy w związku z długotrwałą chorobą | 🞏 TAK 🞏 NIE 🞏 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*