

REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

pn. „Projekt profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego”

Nr projektu WND-RPPD.02.05.00-20-0021/19

Projekt realizowany od 01.03.2020 do 30.09.2023

Ilekoć w Regulaminie używany jest zwrot:

Lider projektu – należy przez to rozumieć Województwo Podlaskie;

Partner – należy przez to rozumieć Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce;

Realizator projektu – Lider projektu i Partner;

Biuro projektu – oznacza to biuro główne projektu mieszczące się w Departamencie Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego w Białymstoku, ul. Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok, VI p. pokój nr 611;

Uczestnik/Uczestniczka projektu – osoba zakwalifikowana do projektu według wymagań zawartych w Regulaminie;

Podmiot gospodarki narodowej/podmiot gospodarczy - osoba prawna, jednostka organizacyjna niemająca osobowości prawnej oraz osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą. W systemie REGON pojęcie podmiotu gospodarki narodowej jest tożsame z pojęciem jednostki prawnej. Posiadanie osobowości prawnej nie jest kryterium określenia podmiotu jako jednostki prawnej. Definicja zawarta w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 listopada 2015 r. w sprawie sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji krajowego rejestru urzędowego podmiotów gospodarki narodowej, wzorów wniosków, ankiet i zaświadczeń oraz ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej. Podmioty prowadzące działalność gospodarczą zaklasyfikowaną według PKD 2007 do następujących działalności:

Rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo (sekcja A) – tylko Leśnictwo i pozyskiwanie drewna (dział 02) oraz Rybołówstwo w wodach morskich (klasa 03.11), - Górnictwo i wydobywanie (sekcja B),

Przetwórstwo przemysłowe (sekcja C),

Wytwarzanie i zaopatrywanie w energię elektryczną, gaz, parę wodną, gorącą wodę i powietrze do układów klimatyzacyjnych (sekcja D),

Dostawa wody; gospodarowanie ściekami i odpadami oraz działalność związana z rekultywacją (sekcja E),

Budownictwo (sekcja F),

Handel hurtowy i detaliczny; naprawa pojazdów samochodowych, włączając motocykle (sekcja G),

Transport i gospodarka magazynowa (sekcja H),

Działalność związana z zakwaterowaniem i usługami gastronomicznym (sekcja I),

Informacja i komunikacja (sekcja J),

Działalność związana z obsługą rynku nieruchomości (sekcja L),

Działalność profesjonalna, naukowa i techniczna (sekcja M) – z wyłączeniem Badań naukowych i prac rozwojowych (dział 72) i Działalności weterynaryjnej (dział 75),

Działalność w zakresie usług administrowania i działalność wspierająca (sekcja N),

Działalność związana z kulturą, rozrywką i rekreacją (sekcja R),

Pozostała działalność usługowa (sekcja S) – z wyłączeniem Działalności organizacji członkowskich (dział 94).

Gospodarstwo indywidualne - gospodarstwo rolne użytkowane przez osobę fizyczną. Gospodarstwa indywidualne obejmują: gospodarstwa o powierzchni 1 ha i więcej użytków rolnych, gospodarstwa o powierzchni poniżej 1 ha użytków rolnych (w tym nieposiadające użytków rolnych) prowadzące działy specjalne produkcji rolnej lub produkcję o znaczącej (określonej odpowiednimi programami) skali: drzew owocowych, krzewów owocowych, szkółek sadowniczych i ozdobnych, warzyw i truskawek gruntowych, chmielu, tytoniu, kóz oraz dzikich zwierząt utrzymywanych w gospodarstwie dla produkcji mięsa (np. dziki, sarny, daniele).

Gospodarstwo rolne - jednostka wyodrębniona pod względem technicznym i ekonomicznym, posiadająca odrębne kierownictwo (użytkownik lub zarządzający) i prowadząca działalność rolniczą.

Do pracujących w podmiotach gospodarczych zalicza się: osoby zatrudnione na podstawie stosunku pracy (umowa o pracę, umowa cywilnoprawna) tj. pracownicy stali lub sezonowi;

Pracujący w gospodarstwie rolnym - osoby wnoszące jakikolwiek wkład pracy w działalność gospodarstwa rolnego w trakcie roku gospodarczego (w ciągu 12 miesięcy poprzedzających 1.06.2020 r.). Do pracujących w gospodarstwach rolnych/indywidualnych zalicza się: właścicieli, współwłaścicieli i dzierżawców gospodarstw indywidualnych w rolnictwie, członków rodzin, współmałżonków, innych członków rodziny (tj. osób pracujących w gospodarstwie indywidualnym osób wnoszących jakikolwiek wkład pracy w działalność gospodarstwa indywidualnego), pracowników najemnych, stałych, dorywczych, pracowników kontraktowych i pomoc sąsiedzka. Osoby ubezpieczone w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników.

Lekarz POZ – zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej

Pielęgniarka POZ - zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej

Lekarz medycyny pracy – zgodnie z definicją ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy.

Szkolenie – szkolenia zgodne z tematyką projektu, dedykowane dla uczestników projektu;

Miejsce zamieszkania – należy przez to rozumieć miejscowość, w której osoba fizyczna przebywa z zamiarem stałego pobytu zgodnie z art. 25 Kodeksu Cywilnego.

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Niniejszy Regulamin określa zasady i warunki rekrutacji do projektu pt. „Projekt profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014 – 2020 Oś Priorytetowa II. Przedsiębiorczość i aktywność zawodowa, Działanie 2.5 Aktywne i zdrowe starzenie się, Priorytet Inwestycyjny 8.6 Aktywne i zdrowe starzenie się.
2. Projekt realizowany jest przez partnerstwo, w którego skład wchodzi:
 - a) Województwo Podlaskie – Lider projektu;
 - b) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce – Partner projektu.
3. Projekt realizowany jest w okresie od 01.03.2020 r. do 30.09.2023 r.
4. Biuro projektu prowadzone jest przez Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego



Województwa Podlaskiego, ul. Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok, VI p. pokój 611. Biuro projektu czynne jest w dni robocze, w poniedziałek od 8.00 do 16.00 oraz od wtorku do piątku w godzinach od 7.30 do 15.30. Informacje na temat naboru i udziału w projekcie można otrzymać pod numerem telefonu 84 665 44 68 oraz znaleźć na stronie internetowej www.wrotapodlasia.pl w zakładce „zdrowie”.

5. Celem głównym projektu jest zmniejszenie liczby zachorowań na boreliozę z Lyme i kleszczowe zapalenie mózgu w województwie podlaskim poprzez profilaktykę pierwotną wyselekcjonowanej grupy ryzyka tj. osób pracujących w sektorze rolnictwa, łowiectwa i rybactwa z terenu województwa podlaskiego.
6. Projekt skierowany jest do:
 - a) 12 833 osób w wieku 18-64 lat pracujących w sektorach rolnictwa, rybactwa, łowiectwa zamieszkałych na terenie powiatów: hajnowskiego, sokólskiego, sejneńskiego;
 - b) 31 213 osób w wieku 18-64 lat, zatrudnionych w podmiotach gospodarczych z sekcji rolnictwo, rybactwo, łowiectwo, zamieszkałych na terenie województwa podlaskiego;
 - c) 189 osób, pracowników kadry medycznej (lekarze POZ, lekarze uprawnieni do sprawowania opieki zdrowotnej nad pracującymi i pielęgniarki POZ), zamieszkałych na terenie województwa podlaskiego;
 - d) 3 042 osób podmiotów gospodarczych związanych z sektorem rolnictwa, rybactwa, łowiectwa zamieszkałych na terenie województwa podlaskiego.

§ 2

Adresaci projektu

Uczestnikami/czkami projektu mogą być wyłącznie (kryterium grupy docelowej):

- a) z zakresu szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu (KZM), osoba, która spełnia łączne kryteria:
 - w chwili przystąpienia do projektu ma ukończone 18 lat ale nie więcej niż 64 lata;
 - zamieszkuje powiat: hajnowski lub sejneński lub sokólski;
 - pracuje w sekcji gospodarczej rolnictwo lub rybactwo lub łowiectwo.
- b) z zakresu uczestnictwa w poradzie profilaktycznej i ankiecie badania profilaktycznego, osoba, która, spełnia łączne kryteria:
 - w chwili przystąpienia do projektu ma ukończone 18 lat ale nie więcej niż 64 lata;
 - zamieszkuje województwo podlaskie;
 - pracuje w sekcji gospodarczej rolnictwo lub rybactwo lub łowiectwo.
- c) z zakresu szkolenia dla kadry medycznej (lekarzy POZ, lekarzy uprawnionych do sprawowania opieki zdrowotnej nad pracującymi i pielęgniarek POZ) osoba, która spełnia jedno z kryterium:
 - jest lekarzem uprawnionym do sprawowania medycznej opieki profilaktycznej nad osobami pracującymi na terenie województwa podlaskiego i zamieszkuje województwo podlaskie;
 - jest pielęgniarką/rzem POZ i zamieszkuje województwo podlaskie;
 - jest lekarzem POZ i zamieszkuje województwo podlaskie.
- d) z zakresu szkolenia dla podmiotów gospodarczych, podmiot sekcji gospodarczej rolnictwo, rybactwo lub łowiectwo.

§ 3

Formy wsparcia

W ramach Projektu Uczestnicy/czki skorzystają z następujących form wsparcia:



- a) 12 833 osoby otrzymają wsparcie w postaci szczepień przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu i uczestnictwa w ankiecie badania profilaktycznego;
- b) 31 213 osób otrzyma wsparcie w postaci uczestnictwa w poradzie profilaktycznej i ankiecie badania profilaktycznego;
- c) 189 osób otrzyma wsparcie w postaci 6-godzinnego szkolenia dla kadry medycznej (lekarzy POZ, lekarzy uprawnionych do sprawowania opieki zdrowotnej nad pracującymi i pielęgniarek POZ) z zakresu sytuacji epidemiologicznej, chorób przenoszonych przez kleszcze w Polsce, Europie, na świecie, obrazu klinicznego i powikłań boreliozy oraz KZM, trudności diagnozowania chorób przenoszonych przez kleszcze oraz wynikających z nich problemów, wytycznych dotyczących leczenia chorób przenoszonych przez kleszcze oraz możliwości profilowania chorób przenoszonych przez kleszcze, ze szczególnym uwzględnieniem edukacji oraz stosowania szczepień;
- d) 3 042 podmiotów otrzyma wsparcie w postaci 2-godzinnego szkolenia dla podmiotów gospodarczych z sekcji rolnictwo w zakresie przedstawienia zagrożenia chorobami przenoszonymi przez kleszcze w Polsce i województwie podlaskim, scharakteryzowania obrazu klinicznego i powikłań boreliozy z Lyme oraz kleszczowego zapalenia mózgu oraz możliwości profilaktyki chorób przenoszonych przez kleszcze, zwłaszcza z perspektywy pracodawcy.

§ 4

Zasady rekrutacji

1. Rekrutacja do projektu prowadzona będzie w sposób otwarty, zgodnie z zasadą bezstronności, równości szans, w tym płci, jawności i przejrzystości.
2. Nabór do projektu będzie prowadzony w trybie ciągłym w okresie realizacji projektu.
3. Zgłoszenia będą przyjmowane na każdą formę wsparcia osobno.
4. Dokumenty rekrutacyjne dostępne będą w Biurze projektu oraz w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych i w miejscu szkoleń.
5. Potencjalni Uczestnicy/czki mogą dokonać zgłoszenia:
 - a) osobiście, składając komplet wymaganych dokumentów w Biurze projektu lub w miejscu udzielania świadczenia zdrowotnego,
 - b) pocztą tradycyjną na adres Biura projektu,
 - c) poprzez przesłanie dokumentów e-mailem do Biura projektu na adres: zdrowie@wrotapodlasia.pl lub spzoz@hajnowka.pl.
6. Oryginały dokumentów w wersji papierowej należy złożyć najpóźniej podczas otrzymania pierwszej formy wsparcia.
7. W przypadku zgłoszenia się na daną formę wsparcia większej liczby uczestników niż określono, przy kwalifikacji uwzględnić się będzie kolejność dostarczenia kompletnych dokumentów rekrutacyjnych.
8. Realizator projektu informuje o zakwalifikowaniu i niezakwalifikowaniu do udziału w projekcie drogą telefoniczną lub mailową.
9. Dokumenty złożone przez Uczestników/czki projektu nie podlegają zwrotowi i będą archiwizowane przez Realizatorów projektu.
10. Rekrutacja będzie prowadzona z uwzględnieniem kryteriów włączenia dla uczestników projektu.
11. Beneficjent będzie dążył do osiągnięcia rezultatów i wskaźników założonych w projekcie.
12. Warunkiem udziału w procesie rekrutacji jest złożenie kompletnych dokumentów rekrutacyjnych.



§ 5

Prawa i obowiązki uczestników/czek

1. Każdy uczestnik/czka ma prawo do:
 - a) nieodpłatnego udziału w projekcie,
 - b) zgłaszania uwag dotyczących form wsparcia i innych spraw organizacyjnych dotyczących projektu,
 - c) zgłaszania zastrzeżeń odnośnie realizacji projektu.
2. Każdy uczestnik/czka zobowiązany/a jest do:
 - a) przestrzegania niniejszego Regulaminu,
 - b) osobistego udziału w wybranej formie wsparcia i potwierdzania uczestnictwa własnoręcznym podpisem na listach obecności i ankietach
 - c) wypełnienie ankiet rekrutacyjnych i ewaluacyjnych przed przystąpieniem do projektu, podczas jego trwania i po zakończeniu usługi;
 - d) do natychmiastowego powiadomienia o przerwaniu udziału w wybranej formie wsparcia.
3. W przypadku zdarzeń losowych warunki zakończenia udziału w projekcie rozpatrywane będą indywidualnie.

§ 6

Monitoring projektu

1. Monitoring ma na celu zapewnienie zgodności realizacji projektu z założeniami i celami projektu. Monitorowanie spełnia funkcję wewnętrznej kontroli realizacji zadań. Kontrola ta obejmuje kontrolę bieżącą, czyli ocenę skuteczności poszczególnych działań oraz sposobu ich realizacji oraz kontrolę końcową – sprawdzenie czy wytyczone cele zostały zrealizowane.
2. Uczestnicy/czki projektu podlegają procesowi monitoringu, który ma celu ocenę skuteczności działań projektowych i ich zgodności z Umową o finansowaniu kosztów.
3. Uczestnik/czka zobowiązuje się, w zakresie realizacji Umowy o finansowaniu kosztów, poddać się kontroli przeprowadzanej przez Lidera lub inną instytucję uprawnioną do przeprowadzania kontroli na podstawie odrębnych przepisów lub upoważnienia oraz zobowiązuje się do przedstawiania na pisemne wezwanie Lidera wszelkich informacji i wyjaśnień związanych z realizacją wybranych form rehabilitacji lub szkoleń, o których mowa w Umowie o finansowaniu kosztów, w terminie określonym w wezwaniu.
4. Lider projektu może przeprowadzić wizytę monitoringową na miejscu realizacji wybranej przez Uczestnika/czkę formy szkoleniowej. Celem wizyty monitoringowej jest sprawdzenie faktycznego dostarczenia usługi. Uczestnik/czka o kontroli w miejscu realizacji usługi szkoleniowej (wizyta monitoringowa) nie jest informowany.
5. Uczestnik/czka zobowiązuje się do niezwłocznego informowania Lidera o wszelkich zmianach i problemach w realizacji usługi szkoleniowej i szczepiennej.

§ 7

Postanowienia końcowe

1. Realizator projektu zastrzega sobie prawo do zmiany niniejszego Regulaminu w przypadku zmian w dokumentach programowych w ramach EFS, przepisach prawnych, jak również w przypadku konieczności dostosowania zapisów Regulaminu do aktualnych potrzeb projektu.

2. Realizator projektu zastrzega sobie ostateczną interpretację zapisów niniejszego Regulaminu.
3. Sprawy nie regulowane niniejszym Regulaminem rozstrzygane są przez Realizatora projektu w porozumieniu z Instytucją Pośredniczącą RPO WP 2014-2020.
4. Niniejszy regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania i jest dostępny w Biurze projektu oraz na stronie internetowej Województwa Podlaskiego.

§ 8

Integralną część regulaminu stanowią załączniki:

1. Oświadczenie uczestnika/osoby biorącej udział w realizacji projektu.
2. Formularz rekrutacyjny – szkolenia dla kadry medycznej.
3. Formularz rekrutacyjny – szkolenia dla podmiotów gospodarczych.
4. Formularz rekrutacyjny – dla uczestników porady profilaktycznej wraz z ankietą badania profilaktycznego.
5. Formularz rekrutacyjny – dla uczestników szczepień.
6. Ankieta badania profilaktycznego.
7. Wzór oświadczenia o ubezpieczeniu w KRUS.
8. Wzór zaświadczenia o zatrudnieniu w podmiocie gospodarczym.

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ W REALIZACJI PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do/wzięciem udziału w realizacji projektu pn. „Projekt profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do do czynności/procesów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 jest Województwo Podlaskie reprezentowane przez Marszałka oraz Zarząd Województwa Podlaskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 (Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w Białymstoku, ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok, tel. +48 (85) 66 54 549, e-mail: kancelaria@wrotapodlasia.pl, www.bip.umwp.wrotapodlasia.pl). Natomiast w odniesieniu do zbioru danych osobowych przetwarzanych w Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych administratorem jest Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego (Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa, tel. +48 (22) 25 00 130, e-mail: kancelaria@mfi.pr.gov.pl);
- 2) dane kontaktowe inspektora ochrony danych (e-mail: Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej - iod@miir.gov.pl, Województwo Podlaskie - iod@wrotapodlasia.pl, Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku - iod@wup.wrotapodlasia.pl, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce - iod@spzoz.hajnówka.pl);
- 3) podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit. g) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) (Dziennik Urzędowy UE L 119) oraz wykonanie zadania realizowanego w interesie publicznym (art. 6 ust. 1 lit. e) RODO) wynikającego z zapisów art. 68a *ustawy wdrożeniowej* – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020;
- 4) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji ww. Projektu, w zakresie zarządzania, kontroli, audytu, ewaluacji, monitorowania, sprawozdawczości i raportowania w ramach Programu oraz zapewnienia realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie z funduszy polityki spójności w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 (RPOWP 2014-2020),
- 5) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej/Pośredniczącej – Województwu Podlaskiemu (Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w Białymstoku, ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok, tel. +48 (85) 66 54 549, e-mail: kancelaria@wrotapodlasia.pl, www.bip.umwp.wrotapodlasia.pl) beneficjentowi realizującemu projekt Województwu Podlaskiemu (Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w Białymstoku, ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok, tel. +48 (85) 66 54 549, e-mail: kancelaria@wrotapodlasia.pl, www.bip.umwp.wrotapodlasia.pl), partnerowi projektu –



Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w Hajnówce ul. Doc. Adama Dowgirda 9, 17-200 Hajnówka oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej RPOWP, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta oraz mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej RPOWP Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPOWP na lata 2014-2020;

- 6) podanie danych jest wymogiem ustawowym pozwalającym na realizację celów wymienionych w pkt. 4, niepodanie danych osobowych wyklucza z udziału w ww. Projekcie;
- 7) kategoriami odbiorców danych są: Instytucje pośredniczące we wdrażaniu RPOWP na lata 2014-2020, Podmioty świadczące usługi IT, Podmioty wykonujące badania ewaluacyjne, osoby upoważnione, operatorzy pocztowi oraz podmioty wykonujące zadania w zakresie archiwizacji;
- 8) moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z realizacji RPOWP 2014-2020 oraz z przepisów prawa dot. archiwizacji;
- 9) mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do sprzeciwu;
- 10) mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznaję, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;
- 11) moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 rozporządzenia RODO;
- 12) po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji w celu realizacji zadań w zakresie monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno – promocyjnych w ramach RPOWP 2014-2020

Data i miejscowość

Podpis Uczestnika/czki projektu

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Tytuł projektu	Projekt profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego
Nr projektu	WND-RPPD.02.05.00-20-0021/19
Lider projektu – Województwo Podlaskie, Partner projektu – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce	

Kryteria merytoryczne kwalifikujące do udziału w projekcie:

Wykonywany zawód (zaznaczyć właściwe):	Numer prawa wykonywania zawodu
pracownik instytucji ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> lekarz POZ <input type="checkbox"/> pielęgniarka POZ <input type="checkbox"/> lekarz uprawniony do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi	
Zatrudniony/a w (nazwa i adres):	

I. Informacje o potencjalnym uczestniku/czce

Imię	Nazwisko	PESEL

II. Dane kontaktowe

Województwo	Powiat	Gmina
PODLASKIE		
Miejscowość	Ulica	
Nr budynku	Nr lokalu	Kod pocztowy
Telefon kontaktowy lub adres e-mail		

III. Szczegóły i rodzaj wsparcia

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć właściwe):	
<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym:	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inny
<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inny
<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, w tym:	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej



	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniach <input type="checkbox"/> inny
<input type="checkbox"/> osoba pracująca, w tym:	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP (małe lub średnie przedsiębiorstwo, zatrudniające poniżej 250 pracowników) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie

IV. Informacje dodatkowe

Udzielenie informacji na poniższe pytanie nie jest obowiązkowe (prosimy o zaznaczenie „odmowa odpowiedzi na pytanie”) i nie ma wpływu na proces rekrutacji.

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi na pytanie*
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak jaki stopień ... rodzaj niepełnosprawności <input type="checkbox"/> nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) (np. wykształcenie na poziomie niższym niż podstawowe, byli więźniowie, narkomani)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi na pytanie*

* w przypadku zaznaczenia, uczestnik/czka projektu oświadcza, że odmawia udzielenia odpowiedzi

podpis Uczestnika/czki

Specjalne potrzeby dotyczące uczestnictwa w Projekcie	
Gdzie się Pan/i dowiedział/ła o projekcie	

Ja, niżej podpisany/ podpisana, niniejszym oświadczam, że zapoznałem się z Oświadczeniem uczestnika/osoby biorącej udział w realizacji projektu.

Data i miejscowość

Podpis Uczestnika/czki

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Tytuł projektu	Projekt profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego
Nr projektu	WND-RPPD.02.05.00-20-0021/19
Lider projektu – Województwo Podlaskie, Partner projektu – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce	

Kryteria merytoryczne kwalifikujące do udziału w projekcie:

<input type="checkbox"/> podmiot mający swoją siedzibę na terenie województwa podlaskiego <input type="checkbox"/> pracownik/ca podmiotu gospodarczego z sekcji gospodarczej rolnictwo, łowiectwo, rybactwo
--

I. Dane Instytucji otrzymującej wsparcie (podmiotu gospodarczego)

Nazwa instytucji	NIP lub REGON	Powiat
Gmina	Miejscowość	Ulica
Nr budynku	Nr lokalu	Kod pocztowy
Telefon kontaktowy lub adres e-mail	Przedsiębiorstwo (zaznaczyć właściwe):	
	<input type="checkbox"/> mikroprzedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> małe przedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> średnie przedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> duże przedsiębiorstwo	

II. Informacje o potencjalnym uczestniku/czce

Imię	Nazwisko	PESEL
Wykształcenie (zaznaczyć właściwe)		
<input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe		

III. Dane kontaktowe

Powiat	Gmina		Miejscowość
Ulica	Nr budynku	Nr lokalu	Kod pocztowy
Telefon kontaktowy lub adres e-mail			



IV. Szczegóły i rodzaj wsparcia

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć właściwe):	
<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym:	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inny
<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inny
<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, w tym:	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniach <input type="checkbox"/> inny
<input type="checkbox"/> osoba pracująca, w tym:	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP (małe lub średnie przedsiębiorstwo, zatrudniające poniżej 250 pracowników) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
Wykonywany zawód (zaznaczyć właściwe):	
<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego, <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego, <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego, <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego, <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy, <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia, <input type="checkbox"/> rolnik,	<input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej, <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej, <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej, <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej, <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu, <input type="checkbox"/> inny
Zatrudniony w (nie dotyczy rolników):	

V. Status w chwili przystąpienia do projektu

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi na pytanie*
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak jaki stopień .. rodzaj niepełnosprawności .. <input type="checkbox"/> nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) (np. wykształcenie na poziomie niższym niż podstawowe, byli więźniowie, narkomani)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi na pytanie*

* w przypadku zaznaczenia, uczestnik/czka projektu oświadcza, że odmawia udzielną odpowiedzi

podpis Uczestnika/czki

Specjalne potrzeby dotyczące uczestnictwa w Projekcie	
Gdzie się Pan/i dowiedział/ła o projekcie	

Data i miejscowość

Podpis Uczestnika/czki

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Tytuł projektu	Projekt profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego
Nr projektu	WND-RPPD.02.05.00-20-0021/19
Lider projektu – Województwo Podlaskie, Partner projektu – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce	

Kryteria merytoryczne kwalifikujące do udziału w projekcie:

Wykonywany zawód (zaznaczyć właściwe):	
<input type="checkbox"/> pracownik/ca podmiotu gospodarczego z sekcji gospodarczej rolnictwo, łowiectwo, rybactwo <input type="checkbox"/> w wieku 18-64 lata <input type="checkbox"/> mieszkaniec województwa podlaskiego	
Zatrudniony/a w (nazwa i adres):	NIP lub REGON podmiotu gospodarczego

I. Informacje o potencjalnym uczestniku/czce

Imię	Nazwisko	PESEL

II. Dane kontaktowe

Województwo	Powiat	Gmina
PODLASKIE		
Miejscowość	Ulica	
Nr budynku	Nr lokalu	Kod pocztowy
Telefon kontaktowy lub adres e-mail		
Specjalne potrzeby dotyczące uczestnictwa w Projekcie		
Gdzie się Pan/i dowiedział/ła o projekcie		

Ja, niżej podpisany/ podpisana, niniejszym oświadczam, że zapoznałem się z Oświadczeniem uczestnika/osoby biorącej udział w realizacji projektu.

Data i miejscowość

Podpis Uczestnika/czki

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Tytuł projektu	Projekt profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego
Nr projektu	WND-RPPD.02.05.00-20-0021/19
Lider projektu – Województwo Podlaskie, Partner projektu – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce	

Kryteria merytoryczne kwalifikujące do udziału w projekcie:

Wykonywany zawód (zaznaczyć właściwe):	
<input type="checkbox"/> pracownik/ca podmiotu gospodarczego z sekcji gospodarczej rolnictwo, łowiectwo, rybactwo <input type="checkbox"/> w wieku 18-64 lata <input type="checkbox"/> mieszkaniec województwa podlaskiego	
Zatrudniony/a w (nazwa i adres):	NIP lub REGON podmiotu gospodarczego

III. Informacje o potencjalnym uczestniku/czce

Imię	Nazwisko	PESEL
Wykształcenie (zaznaczyć właściwe)		
<input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe		

IV. Dane kontaktowe

Województwo	Powiat	Gmina
PODLASKIE		
Miejscowość	Ulica	
Nr budynku	Nr lokalu	Kod pocztowy
Telefon kontaktowy lub adres e-mail		

III. Szczegóły i rodzaj wsparcia

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć właściwe):	
<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym:	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inny
<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna



ewidencji urzędów pracy, w tym:		<input type="checkbox"/> inny
<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, w tym:	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniach <input type="checkbox"/> inny	
<input type="checkbox"/> osoba pracująca, w tym:	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP (małe lub średnie przedsiębiorstwo, zatrudniające poniżej 250 pracowników) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	
Wykonywany zawód (zaznaczyć właściwe):		
<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego, <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego, <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego, <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego, <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy, <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia, <input type="checkbox"/> rolnik,		<input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej, <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej, <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej, <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej, <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu, <input type="checkbox"/> inny
Zatrudniony w (nie dotyczy rolników):		

V. Informacje dodatkowe

Udzielenie informacji na poniższe pytanie nie jest obowiązkowe (prosimy o zaznaczenie „odmowa odpowiedzi na pytanie”) i nie ma wpływu na proces rekrutacji.

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi na pytanie*
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak jaki stopień ... rodzaj niepełnosprawności <input type="checkbox"/> nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) (np. wykształcenie na poziomie niższym niż podstawowe, byli więźniowie, narkomani)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi na pytanie*

* w przypadku zaznaczenia, uczestnik/czka projektu oświadcza, że odmawia udziela odpowiedzi

podpis Uczestnika/czki

Specjalne potrzeby dotyczące uczestnictwa w Projekcie	
Gdzie się Pan/i dowiedział/ła o projekcie	

Ja, niżej podpisany/ podpisana, niniejszym oświadczam, że zapoznałem się z Oświadczeniem uczestnika/osoby biorącej udział w realizacji projektu.

Data i miejscowość

Podpis Uczestnika/czki

ANKIETA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO

„Program profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowanie skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego”

I. Dane ogólne

Imię i nazwisko:	
Wysokość (cm)	
Masa ciała (kg)	

II. Czynniki ryzyka chorób odkleszczowych

- Jak często uczęszcza Pan/i do lasu/na tereny rolne?
 - codziennie
 - raz w tygodniu
 - raz w miesiącu
 - sporadycznie
- Czy zbiera Pan/i owoce runa leśnego i grzyby?
 - tak – proszę przejść do pytania 3
 - nie – proszę przejść do pytania 4
- Jak często zbiera Pan/i owoce runa leśnego i grzyby?
 - codziennie
 - raz w tygodniu
 - raz w miesiącu
 - sporadycznie
- Czy jest Pan/i świadomy ryzyka chorób odkleszczowych jakie niesie ze sobą przebywanie na terenach leśnych/rolnych?
 - tak
 - nie
- Czy stosuje Pan/i środki ochrony przed kleszczami?
 - tak – proszę przejść do pytania 6
 - nie – proszę przejść do pytania 7
- Jakie środki ochrony przed kleszczami Pan/i stosuje (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)?
 - repelenty
 - odzież ochronną
 - dokładne oglądanie ciała po powrocie z lasu
 - inne – proszę wymienić
- Czy był/a Pan/i kiedykolwiek szczepiony(a) przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu?
 - tak – proszę przejść do pytania 8 i 9
 - nie – proszę przejść do pytania 10
- Czy przebył(a) Pan/i pełny cykl szczepień przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu?
 - tak – proszę podać ile dawek
 - nie
- Kiedy był/a Pan/i szczepiony(a) przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu?
 - w tym roku
 - 2-5 lat temu
 - 6-10 lat temu
 - powyżej 10 lat temu
- Dlaczego Pan/i nie szczepił(a) się przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu?
 - zbyt wysoki koszt szczepienia
 - nie wiedziałem(am), że istnieje szczepienie
 - jestem przeciwnikiem szczepień
 - inne przyczyny – proszę podać.....



III. Ekspozycja na pokłucie przez kleszcza

11. Czy był/a Pan/i kiedykolwiek pokłuty(a) przez kleszcza?
a) tak – proszę przejść do pytania 12 i 13 b) nie
12. Ile razy był(a) Pan/i pokłuty(a) przez kleszcza w życiu?
a) 1 c) 6-10
b) 2-5 d) powyżej 10
13. Kiedy ostatnio był(a) Pan/i pokłuty(a) przez kleszcza?
a) w ciągu ostatniego miesiąca c) 3-12 miesięcy temu
b) miesiąc – 3 miesiące temu d) ponad rok temu

IV. Wywiad odnośnie przebycia chorób przenoszonych przez kleszcze

14. Czy kiedykolwiek przebył(a) Pan/i kleszczowe zapalenie mózgu?
a) tak – proszę przejść do pytania 15 b) nie – proszę przejść do pytania 16
15. Kiedy przebył(a) Pan/i kleszczowe zapalenie mózgu?
a) w tym roku c) 6-10 lat temu
b) 2-5 lat temu d) powyżej 10 lat temu
16. Czy miał/a Pan/i wykonane badania serologiczne w kierunku kleszczowego zapalenia mózgu?
a) tak – proszę podać wynik b) nie
17. Czy kiedykolwiek przebył(a) Pan/i boreliozę?
a) tak – proszę podać jaką postać boreliozy.....
a następnie przejść do pytania 18 b) nie – proszę przejść do pytania 19
18. Kiedy przebył(a) Pan/i boreliozę?
a) w tym roku c) 6-10 lat temu
b) 2-5 lat temu d) powyżej 10 lat temu
19. Czy miał(a) Pan/i wykonane badania serologiczne w kierunku boreliozy w ostatnim roku?
a) tak – proszę podać wynik b) nie
20. Czy uważa Pan/i, że borelioza jest chorobą uleczalną?
a) tak b) nie
21. Czy kiedykolwiek przebył(a) Pan/i inne niż borelioza i kleszczowe zapalenie mózgu choroby przenoszone przez kleszcze, np. anaplazmoza, babeszjoza?
a) tak – proszę przejść do pytania 22 b) nie – proszę przejść do pytania 23
22. Kiedy przebył(a) Pan/i inne niż borelioza i kleszczowe zapalenie mózgu choroby przenoszone przez kleszcze, np. anaplazmoza, babeszjoza?
a) w tym roku c) 6-10 lat temu
b) 2-5 lat temu d) powyżej 10 lat temu
23. Skąd czerpie Pan/i wiedzę na temat chorób odkleszczowych?
a) internet c) lekarz specjalista chorób zakaźnych
b) lekarz POZ d) inne, proszę wymienić jakie.....



V. Obecne dolegliwości

24. Czy w ostatnich 12 miesiącach zauważył/a Pan/Pani następujące objawy (proszę zaznaczyć które)?

Lista objawów:

- bóle stawów: proszę podać których.....
- bóle mięśni: proszę podać których.....
- powiększenie węzłów chłonnych: proszę podać których.....
- wysypka: proszę podać charakter wysypki.....
- utrata masy ciała: proszę podać ile kg.....
- zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego: proszę podać które: biegunki, zaparcia, domieszkę krwi w kale, zmiana rytmu wypróżnień.....
- kaszel: proszę podać jak często oraz charakter kaszlu: suchy/mokry.....
- bóle głowy: proszę podać jak często.....
- gorączka: proszę podać jak często i jak wysoka.....
- osłabienie: proszę podać jak długo.....
- zmęczenie: proszę podać jak długo.....
- wymioty:.....

Ocena ryzyka chorób	
1. ryzyko boreliozy	tak/nie
2. ryzyko kleszczowego zapalenia mózgu	tak/nie
3. brak ryzyka	tak/nie

Zalecenia dla pacjenta	
1. Repelenty	tak/nie
2. Odzież ochronna	tak/nie
3. Szybkie usuwanie kleszczy	tak/nie
4. Skierowanie na dalszą diagnostykę i leczenie do poradni specjalistycznej	tak/nie

Data i miejscowość

Podpis lekarza/ki POZ lub Podpis pielęgniarki/ki POZ

Potwierdzenie przeprowadzonej edukacji dotyczącej profilaktyki chorób odkleszczowych.

Data i miejscowość

Podpis Uczestnika Projektu



OŚWIADCZENIE

Upředzona/y o odpowiedzialności karnej za założenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 §1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2021 r. poz. 2345), oświadczam, że posiadam aktualne na dzień złożenia oświadczenia, ubezpieczenie w KRUS zgodnie z ustawą z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników.

PESEL	
Imię i nazwisko (czytelnie)	
Adres zamieszkania	
Data	

Podpis

ZAŚWIADCZENIE

Niniejszym zaświadcza się, iż Pan / Pani:

1. PESEL
2. PESEL

Pracuje w niżej wymienionym podmiocie gospodarczym* / gospodarstwie rolnym/indywidualnym**

.....
/nazwa i adres/

o numerze NIP/REGON.....

W przypadku gospodarstwa indywidualnego nie posiadającego NIP / REGON należy przedłożyć kopię potwierdzoną za zgodność przez osobę kwalifikującą do szczepień: zaświadczenia o odprowadzaniu składek do KRUS lub informacji z KRUS o miesięcznej składce i osobach objętych ubezpieczeniem KRUS.

Imię i nazwisko właściciela lub osoby upoważnionej

* 1. DO PRACUJĄCYCH W PODMIOTACH GOSPODARCZYCH ZALICZA SIĘ: osoby zatrudnione na podstawie stosunku pracy (umowa o pracę, umowa cywilnoprawna) tj. pracownicy stali lub sezonowi;

**2. DO PRACUJĄCYCH W GOSPODARSTWACH ROLNYCH/INDYWIDUALNYCH ZALICZA SIĘ: właścicieli, współwłaścicieli i dzierżawców gospodarstw indywidualnych w rolnictwie, członków rodzin, współmałżonków, innych członków rodziny (tj. osób pracujących w gospodarstwie indywidualnym osób wnoszących jakikolwiek wkład pracy w działalność gospodarstwa indywidualnego), pracowników najemnych, stałych, dorywczych, pracowników kontraktowych i pomoc sąsiedzka.

PRACUJĄCY w gospodarstwie rolnym/indywidualnym - osoby wnoszące jakikolwiek wkład pracy w działalność gospodarstwa rolnego.