



### Deklaracja przystąpienia do projektu pt.

"Profilaktyka boreliozy wśród osób z terenu województwa lubelskiego" w ramach RPO WL, Oś Priorytetowa 10 Adaptacyjność przedsiębiorstw i pracowników do zmian, Priorytet Inwestycyjny 8vi Aktywne i zdrowe starzenie się, Działanie 10.3 Programy polityki zdrowotnej

Imię		Nazwisko	
Pesel		Telefon	

#### Adres zamieszkania

Powiat		Miejscowość	
Gmina (nazwa)		Ulica nr domu/mieszkania	

Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna				
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/> policealne	<input type="checkbox"/> wyższe

#### Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu – można zaznaczyć tylko 1 okienko!

Osoba **bezrobotna niezarejestrowana** w ewidencji urzędów pracy:

długotrwale bezrobotna  inne

Osoba **bezrobotna zarejestrowana** w ewidencji urzędów pracy:

długotrwale bezrobotna  inne

Osoba **bierna zawodowo**:

Osoba ucząca się  Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  Inne

Osoba **pracująca**:

w administracji rządowej  w administracji samorządowej  w MMŚP  w organizacji pozarządowej  
 prowadząca działalność na własny rachunek  w dużym przedsiębiorstwie  inne

#### Wykonywany zawód

<input type="checkbox"/> Instruktor praktycznej nauki zawodu	<input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia	<input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
<input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego	<input type="checkbox"/> Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej	<input type="checkbox"/> Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
<input type="checkbox"/> Nauczyciel wychowania przedszkolnego	<input type="checkbox"/> Pracownik instytucji rynku pracy	<input type="checkbox"/> Pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej
<input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia zawodowego	<input type="checkbox"/> Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego	<input type="checkbox"/> Rolnik <input type="checkbox"/> Inny

#### Status uczestnika projektu 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 podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienionej powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

.....  
Podpis osoby realizującej program zdrowotny

.....  
Podpis pacjenta