



Załącznik nr 4
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

DEKLARACJA WYBORU WSPARCIA W PROJEKCIE PN.

„Z korzyścią dla pracownika – ergonomia i bezpieczeństwo miejsca pracy” współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+), Priorytetu 5 Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+), Działania 5.5. Aktywne i zdrowe starzenie się w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 (FEP 2021-2027), objętego umową o dofinansowanie nr FEP.M.05.05-IZ.00-0045/24-00 z dnia 28 kwietnia 2025r., realizowanym przez Powiat Kartuski i Powiatowe Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kartuzach, ul. Ceynowy 7.

Imię: Nazwisko:.....

PESEL:

Deklarując chęć udziału w projekcie „Z korzyścią dla pracownika – ergonomia i bezpieczeństwo miejsca pracy” i **pracując w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o. o. z siedzibą w Kartuzach** wybieram następujące formy wsparcia:

	WSPARCIE	uzupełnić TAK lub NIE
1	Kurs - Jak radzić sobie z agresją pacjentów i ich rodzin	
2	Kurs - Jak radzić sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym	
3	Porada psychologiczna	
4		
5		

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH: Stosownie do postanowień art. 6 ust. 1 lit. a i e ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 (RODO)- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Starostę Kartuskiego z siedzibą w Kartuzach przy ul. Dworcowej 1, zawartych w Formularzu w celu zgłoszenia i udziału w projekcie” Z korzyścią dla pracownika- ergonomia i bezpieczeństwo w miejscu pracy” w związku z którym dobrowolnie przekazuję moje dane osobowe.

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis





----- WYPEŁNIA KOORDYNATOR REALIZACJI ZADAŃ W PCZ KARTUZY -----

Kryteria rekrutacji	TAK	NIE
Złożony komplet dokumentów		
Świadczenie pracy na podstawie umowy o pracę		
Stanowisko pracy wskazane w opisie zadań		

Zatwierdzam formularz pod względem formalnym: Kandydat spełnia kryteria obligatoryjne i warunki udziału w Projekcie, **jednocześnie zatwierdzam następujące wsparcie:**

	WSPARCIE	TAK lub NIE
1	Kurs - Jak radzić sobie z agresją pacjentów i ich rodzin	
2	Kurs - Jak radzić sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym	
3	Porada psychologiczna	
4		
5		

UWAGI:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data i podpis Koordynatora realizacji zadań w PCZ Kartuzy

