| **NAZWA BENEFICJENTA:** |
| --- |
| Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu |
| **TYTUŁ PROJEKTU:** |
| Bezpieczni z natury. Wsparcie ergonomii pracy na Uniwersytecie Przyrodniczym w Poznaniu. |
| **NR PROJEKTU:** |
| FEWP.06.04-IZ.00-0021/23 |

1. **DANE SŁUŻBOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| **STANOWISKO (zaznacz „X” jeżeli właściwe)** | |
| referent |  |
| samodzielny referent |  |
| starszy referent |  |
| informatyk |  |
| specjalista |  |
| starszy specjalista |  |
| zastępca kierownika działu |  |
| kierownik biura/ sekcji / jednostki organizacyjnej |  |
| kierownik działu |  |
| kierownik dziekanatu |  |
| audytor wewnętrzny |  |
| Inspektor ochrony danych |  |
| dyrektor |  |
| zastępca kwestora |  |
| zastępca kanclerza |  |
| kwestor |  |
| kanclerz |  |
| inne (należy wpisać poniżej) |  |
|  | |
| **JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA (należy wpisać poniżej)** | |
|  | |

1. **DANE PERSONALNE**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE PERSONALNE**  Przekazanie danych osobowych przez kandydata/kandydatkę jest niezbędne w celu skorzystania ze wsparcia w ramach projektu | | | | | | |
| IMIĘ | |  | | | | |
| NAZWISKO | |  | | | | |
| DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) | |  | | | | |
| PŁEĆ (zaznacz „X” jeżeli właściwe) | MĘŻCZYZNA |  | KOBIETA |  | NIE CHCĘ PODAWAĆ |  |

1. **DANE KONTAKTOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE KONTAKTOWE** | |
| WOJEWÓDZTWO |  |
| POWIAT |  |
| GMINA |  |
| MIEJSCOWOŚĆ |  |
| ULICA/OSIEDLE |  |
| NUMER BUDYNKU |  |
| NUMER LOKALU |  |
| KOD POCZTOWY |  |
| TELEFON KONTAKTOWY |  |
| ADRES E-MAIL |  |

1. **BADANIE POTRZEB**

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMY WSPARCIA** | |
| **ZAZNACZ FORMY WSPARCIA, KTÓRE SĄ DLA CIEBIE INTERESUJĄCE (zaznacz „X” jeżeli właściwe)**  Wybierz, które formy wsparcia są dla Ciebie atrakcyjne. Uwaga, doposażenie stanowiska pracy, możliwe będzie wyłącznie na podstawie zaleceń zawartych w raporcie po przeprowadzonym audycie stanowisk pracy. Audyt datowany jest na styczeń-luty 2025 roku, o szczegółowym harmonogramie kontroli będziemy informować po wyłonieniu wykonawcy usługi. | |
| indywidualna konsultacja na stanowisku pracy z konsultantem ds. ergonomii |  |
| doposażenie stanowiska pracy w niezbędne urządzenia/sprzęt zgodnie z zaleceniami po przeprowadzonym audycie stanowiska pracy |  |
| udział w szkoleniu/kursie/warsztatach |  |
| indywidualna konsultacja z fizjoterapeutą |  |
| indywidualna konsultacja psychologiczna |  |
| indywidualna konsultacja medyczna z lekarzem wybranej specjalizacji (laryngolog, foniatra, okulista, ortopeda, psychiatra) |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SZCZEGÓLNE POTRZEBY (zaznacz „X” jeżeli właściwe)**  **Udzielenie odpowiedzi w sekcji „SZCZEGÓLNE POTRZEBY” ma charakter dobrowolny.** | | | | |
| Czy ma Pani/Pan jakieś szczególne potrzeby, które powinniśmy uwzględnić podczas realizacji form wsparcia? (jeżeli zaznaczysz "TAK", wpisz odpowiedź poniżej) | TAK |  | NIE |  |
|  | | | | |
| Czy są jakieś czynniki, które mogłyby utrudnić Pani/Panu udział we wsparciu oferowanym w projekcie? (jeżeli zaznaczysz "TAK", wpisz odpowiedź poniżej) | TAK |  | NIE |  |
|  | | | | |
| Czy wymaga Pani/Pan jakichkolwiek specjalnych udogodnień, aby móc w pełni uczestniczyć we wsparciu np. dostępu do windy, miejsc siedzących, czy też materiałów szkoleniowych w formie elektronicznej, powiększonej, czarno-białej? (jeżeli zaznaczysz "TAK", wpisz odpowiedź poniżej) | TAK |  | NIE |  |
|  | | | | |
| Czy ma Pani/Pan jakieś ograniczenia związane z mobilnością, słuchem, wzrokiem lub innymi funkcjami organizmu? (jeżeli zaznaczysz "TAK", wpisz odpowiedź poniżej) | TAK |  | NIE |  |
|  | | | | |
| Czy ma Pani/Pan ograniczenia żywieniowe / czy stosuje Pani/Pan specjalną dietę ze względów zdrowotnych? (jeżeli zaznaczysz "TAK", wpisz odpowiedź poniżej) | TAK |  | NIE |  |
|  | | | | |
| Czy jest coś jeszcze, o czym chcielibyśmy wiedzieć, aby zapewnić Pani/Panu jak najbardziej komfortowe uczestnictwo w projekcie? (należy wpisać poniżej) | | | | |
|  | | | | |

1. **KRYTERIA PUNKTOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| **KRYTERIA PUNKTOWE (zaznacz „X” jeżeli właściwe)** | |
| osoba powyżej 50 roku życia (10 pkt) |  |
| staż pracy w Uniwersytecie Przyrodniczym w Poznaniu wynosi powyżej 5 lat (5 pkt.) |  |
| staż pracy w Uniwersytecie Przyrodniczym w Poznaniu wynosi powyżej 10 lat (10 pkt.) |  |
| kandydat jest osobą z niepełnosprawnością lub innymi udokumentowanymi dysfunkcjami zdrowotnymi (20 pkt.) |  |
| staż pracy w Uniwersytecie Przyrodniczym w Poznaniu wynosi poniżej 5 lat (0pkt) |  |

1. **OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KI DO PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE (zaznacz „X” jeżeli właściwe)**  Brak zgody na przetwarzanie danych jest jednoznaczne z odrzuceniem formularza zgłoszeniowego kandydata/ki do uczestnictwa w projekcie. | | | | |
| Wypełniając powyższy formularz oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią załącznika nr 2 do *Regulaminu udziału w projekcie* tj. I*nformacja o przetwarzaniu danych osobowych* i akceptuje jego treść. | TAK |  | NIE |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **WYNIKI REKRUTACJI CHCĘ OTRZYMAĆ ZA POŚREDNICTWEM (zaznacz „X” jeżeli właściwe):** | |
| publikacji listy z wynikami na stronie www |  |
| maila |  |
| powiadomienie telefoniczne |  |
| powiadomienie osobiste |  |