………………………………..….…………

(imię i nazwisko (drukowanymi))

………………………………..….…………

(stanowisko pracy (drukowanymi))

………………………………..….…………

(wiek)

**DEKLARACJA**

uczestnictwa w projekcie „Wsparcie zdrowotne oraz eliminacja zawodowych czynników ryzyka poprzez poszerzoną diagnostykę, wypracowanie nawyków prozdrowotnych oraz ergonomię stanowisk pracy, pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze”

program regionalne Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027   
Priorytet 7. Zdrowi i aktywni zawodowo   
Działanie 07.01 Wsparcie zdrowotne świętokrzyskich pracowników

1. **Wybierz płeć, wstawiając X w odpowiednim polu**

* Kobieta
* Mężczyzna

**2. Odpowiedz na poniższe pytania, wstawiając X w odpowiednim polu.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Kryterium formalne:** | *Odpowiedź* | | | |
| a) miejsce zamieszkania - województwo świętokrzyskie | TAK |  | NIE |  |
| b) pracownik zatrudniony na umowę o pracę w WSS w Czerwonej Górze | TAK |  | NIE |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. Kryterium pierwszeństwa:**  (waga punktowa od 0 do 2, przy zaznaczeniu „NIE”- 0 pkt., przy zaznaczeniu „TAK” – 1 pkt.) | *Odpowiedź* | | | | | *Punktacja* |
| a) osoba powyżej 50 roku życia | TAK |  | NIE |  | |  |
| b) osoba z niepełnosprawnością | TAK |  | NIE |  | |  |
| Razem |  | | | | | |
| **3. Kryteria merytoryczne**  (waga punktowa od 0 do 4, przy zaznaczeniu odpowiedzi NIE-0 pkt, przy zaznaczeniu „TAK” – 1 pkt) | *Odpowiedź* | | | | | *Punktacja* |
| *A. Określenie poziomu wysokości szkodliwych czynników fizycznych:* | | | | | | |
| a) praca siedząca powyżej 7h/dobę pracowniczą | TAK |  | NIE |  | |  |
| b) praca przy monitorze komputera powyżej 4h/dobę pracowniczą, | TAK |  | NIE |  | |  |
| c) regularne lub dorywcze dźwiganie ciężarów. | TAK |  | NIE |  | |  |
| *B. Szkodliwe czynniki psychologiczne:* | | | | | | |
| a) narażenie na stres | TAK |  | NIE | |  |  |
| Razem |  | | | | | |

**Wybór zadania**

W odpowiedniej rubryce zaznacz X, przy czym pamiętaj, że minimum jedno z badań diagnostycznych   
(poz. 1 i 2 tabeli) jest obligatoryjne.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa zadania | TAK | NIE |
| 1 | USG jamy brzusznej z wstępną oceną narządów rodnych dla kobiet lub z oceną gruczołu krokowego dla mężczyzn za pomocą głowicy konweksowej. |  |  |
| 2 | Pakiet badań z krwi: LDH, TSH, hemoglobina glikowana |  |  |
| 3 | Korzystanie z kart sportowych w celu zwiększenia aktywności fizycznej |  |  |

………………………………………………..

(czytelny podpis)

**Oświadczenie**

W sytuacji zakwalifikowania do projektu zobowiązuję się do przekazania danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników oraz udziału w badaniu ewaluacyjnym.

………………………………………………..

(czytelny podpis)

………………………………………………………..

Data i podpis osoby przyjmującej deklarację