

Wniosek o włączenie do Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy

Proszę o zakwalifikowanie mnie do Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy.

Imię i nazwisko: PESEL

Adres zamieszkania:

Do wniosku załączam do wglądu dokumentację medyczną potwierdzającą rozpoznanie u mnie schorzenia kwalifikującego do udziału w Programie.

- ☐ Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w dokumentacji zgromadzonej w trakcie mojego udziału w Programie polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy, do celów związanych z realizacją świadczeń w Programie oraz ewaluacją Programu, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015 r., poz.2135). Wszelkie dane dotyczące mojego stanu zdrowia pozostają objęte ochroną wynikającą z tajemnicy medycznej.
- ☐ Oświadczam, że nie korzystam aktualnie z zabiegów rehabilitacyjnych finansowanych ze środków publicznych (NFZ) w ośrodku, do którego składałem niniejszy wniosek, ani nie posiadam aktualnego skierowania na rehabilitację do tego ośrodka od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
- ☐ oświadczam, że w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu oraz w trakcie uczestnictwa w programie nie korzystałem/em z powodu tego samego rozpoznania ze świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków publicznych, np. w ramach ubezpieczenia NFZ, ZUS, KRUS, w ramach wsparcia PFRON, czy w ramach innego programu finansowanego ze środków EFS+.

.....
czytelny podpis osoby wnioskującej

Oświadczam również, że *):

☐

Jestem osobą pracującą.

Moje miejsce pracy to:

☐

Jestem osobą bezrobotną poszukującą pracy.

Jestem zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy w

Deklaruję gotowość do podjęcia zatrudnienia.

Deklaruję również, że poinformuję realizatora Programu, jeśli w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji w Programie podejmę pracę (jeśli będzie to związane z poprawą mojego zdrowia).

☐

Jestem uczniem w trakcie praktycznej nauki zawodu.

Uczę się w szkole:

*) Proszę zaznaczyć i uzupełnić właściwy wybór

.....
czytelny podpis osoby wnioskującej