

Projekt pn. „BADAĆ SIĘ TO NIE WSTYD - Regionalny program profilaktyczny w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego” RPLD.10.03.03-10-A001/21 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO Wł na lata 2014-2020

Załącznik nr 3

### FORMULARZ KWALIFIKACYJNY DO PROJEKTU

**W związku z przystąpieniem do projektu pn. „BADAĆ SIĘ TO NIE WSTYD – Regionalny program profilaktyczny w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego” oświadczam, iż spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie kwalifikujące mnie do wykonania badania przesiewowego raka jelita grubego, tj.:**

-mieszkam, uczę się lub pracuję w jednym z powiatów: tomaszowski, opoczyński, skierniewicki, Skierniewice

-jestem w wieku **25-65 lat** oraz należę do jednej z czterech grup\*:

- osoby w wieku 50-65 lat, które kwalifikowane są do projektu niezależnie od wywiadu rodzinnego
- osoby w wieku 40-49 lat, które mają krewnego pierwszego stopnia pokrewieństwa (rodzice, dzieci, rodzeństwo), u którego rozpoznano raka jelita grubego
- osoby w wieku 25-49 lat z rodziny z zespołem Lyncha\*\*
- osoby w wieku 25-49 lat z rodziny z zespołem polipowatości rodzinnej gruczolakowatej (FAP)\*\*\*

-nie miałem/miałam wykonywanej kolonoskopii w ciągu ostatnich 10 lat (nie dot. pacjentów z Zespołem Lyncha)

-nie mam objawów, które mogą sugerować istnienie raka jelita grubego (krew w stolcu, biegunki lub zaparcia bez znanej przyczyny, utrata masy ciała niezwiązana z odchudzaniem, anemia)

#### Prosimy o wypełnienie poniższych danych:

1. **KRAJ:** .....

2. **IMIĘ I NAZWISKO:** .....

3. **PESEL:** .....

Brak peselu  w przypadku obcokrajowców

4. **PŁEĆ:**           kobieta    mężczyzna

5. **WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:** .....

6. **WYKSZTAŁCENIE** - wybierz jedną z poniższych odpowiedzi:

- NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE
- PODSTAWOWE
- GIMNAZJALNE
- PONADGIMNAZJALNE
- POLICEALNE
- WYŻSZE

7. **ADRES ZAMIESZKANIA:**

WOJEWÓDZTWO ŁÓDZKIE, POWAT ....., GMINA.....,

KOD POCZTOWY....., MIEJSCOWOŚĆ .....,

ULICA ....., NR BUDYNKU,..... NR LOKALU.....

8. **KONTAKT:**

TEL. KONTAKTOWY ....., ADRES E-MAIL.....

\*zaznaczyć odpowiedź znakiem **X**

\*\*konieczność przedstawienia potwierdzenia rozpoznania przynależności do rodz. z zesp. Lyncha z poradni genetycznej

\*\*\*konieczność przedstawienia potwierdzenia rozpoznania przynależności do rodziny z FAP z poradni genetycznej

Projekt pn. „BADAĆ SIĘ TO NIE WSTYD - Regionalny program profilaktyczny w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego” RPLD.10.03.03-10-A001/21 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ na lata 2014-2020

**9. STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU – wybierz jedną z poniższych odpowiedzi A lub B lub C lub D:**

- A.  OSOBOWA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W URZĘDZIE PRACY
- Osoba długotrwale bezrobotna
  - inne
- B.  OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY
- Osoba długotrwale bezrobotna
  - inne
- C.  OSOBA BIERNA ZAWODOWO
- osoba ucząca się
  - osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub uczeniu się
  - Inne
- D.  OSOBA PRACUJĄCA
- Osoba pracująca w administracji rządowej
  - Osoba pracująca w administracji samorządowej
  - Osoba pracująca w MMŚP
  - Osoba pracująca w organizacji pozarządowej
  - Osoba prowadząca działalność na własny rachunek
  - Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
  - Inne

**10. WYKONYWANY ZAWÓD (wypełnia osoba pracująca) - wybierz jedną z poniższych odpowiedzi:**

- Instruktor praktycznej nauki zawodu
- Nauczyciel kształcenia ogólnego
- Nauczyciel wychowania przedszkolnego
- Nauczyciel kształcenia zawodowego
- Pracownik instytucji ochrony zdrowia
- Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
- Pracownik instytucji rynku pracy
- Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
- Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
- Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
- Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
- Rolnik
- inny

**11. ZATRUDNIOWY W (miejsce zatrudnienia):**

.....  
.....



Projekt pn. „BADAĆ SIĘ TO NIE WSTYD - Regionalny program profilaktyczny w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego” RPLD.10.03.03-10-A001/21 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ na lata 2014-2020

**12. STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU – w każdej pozycji A, B, C, D wybierz jedną odpowiedź:**

- A. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
- tak
  - nie
  - odmowa podania informacji
- B. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań \*
- tak
  - nie
- C. Osoba niepełnosprawna
- tak
  - nie
  - odmowa podania informacji
- D. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)
- tak
  - nie
  - odmowa podania informacji

.....

Data

.....

czytelny podpis UCZESTNIKA PROJEKTU