FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

 pn. „W zdrowym ciele zdrowy duch!”

Ja niżej podpisana/y …………………………………………………………………………… Wiek ………………..

Tel. …………………………………………………. e-mail……………………………………………………………………………….

Proszę o podanie poniższych informacji służących przeprowadzeniu rekrutacji

 WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

**Kryteria formalne**

1. Jestem mieszkańcem powiatu / uczę się/ pracuję na terenie powiatu
* rawskiego
* tomaszowskiego
* opoczyńskiego
* skierniewickiego
* miasta powiatowego Skierniewice
* innego …………………………………………..
1. Mój wiek mieści się w przedziale 30 – 65 lat
* Tak
* Nie
1. Mój wskaźnik BMI wynosi:
* Do 25
* Powyżej 25 do 39,9
* Powyżej 39,9

Należy obliczyć z algorytmu BMI= masa ciała w kg : (wzrost w metrach)2

Np. 56 kg: (1,60m)2 = 56 : 2,56 = BMI 21,875 lub 90 kg : (1,65m)2 = 90 : 2,7225 = BMI 33,057

1. Mój obwód w talii:
* do 80 cm – jestem kobietą
* powyżej 80 cm – jestem kobietą
* do 94 cm jestem mężczyzną
* powyżej 94 cm – jestem mężczyzną
1. Posiadam opinię od lekarza pierwszego kontaktu o wskazaniach do stosowania profilaktyki zmniejszenia masy ciała
* Tak
* Nie
1. Posiadam wyniki badań nie starsze niż 1 miesiąc od dnia złożenia formularza: morfologia, wartość wskaźnika przemiany lipidowej (stężenie cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji LDL, HDL, trójglicerydów), gospodarki węglowodanowej (stężenie glukozy na czczo, glikemii przygodnej), stężenia aminotransferaz wątrobowych, kwasu moczowego oraz ciśnienia tętniczego krwi
* Tak
* Nie

**Kryteria dodatkowe**

1. Mój wiek mieści się w przedziale 50 – 65 lat
* Tak
* Nie
1. Zamieszkuję:
* wieś
* miasto do 20 tys. mieszkańców
* miasto powyżej 20 ty.s mieszkańców
1. Mój wskaźnik BMI jest w przedziale od 30 do 39,9
* Tak
* Nie

Należy obliczyć z algorytmu BMI= masa ciała w kg : (wzrost w metrach)2

Np. 56 kg: (1,60m)2 = 56 : 2,56 = BMI 21,875 lub 90 kg : (1,65m)2 = 90 : 2,7225 = BMI 33,057

1. Jestem osobą niepełnosprawną:
* W stopniu lekkim
* W stopniu umiarkowanym
* W stopniu znacznym
* Mam orzeczenie o niepełnosprawności wg, Ustawy z dn. 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych
* Mam orzeczenie lub inny dokument o stopniu niepełnosprawności o którym mowa w Ustawie z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego

 W celu potwierdzenia tego kryterium należy przedłożyć stosowny dokument.

* OŚWIADCZAM, ŻE POWYZSZE DANE SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ
* W PRZYPADKU ZAKWALIFIKOWANIA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE, DEKLARUJĘ SWÓJ UDZIAŁ

Państwa dane osobowe wykorzystywane są wyłączenie w celach rekrutacyjnych prowadzonych przez SP ZOZ Rawa Mazowiecka.

 …………………………………………………………………….

 Data, czytelny podpis