………………………………………….

miejscowość i data

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA/SKIEROWANIA**

**do udziału w szkoleniu podnoszącym kompetencje personelu służb świadczących usługi w społeczności lokalnej - szkolenia uzupełniające wiedzę  
 i umiejętności** - zadanie 8projektu pn.: „Opolski senior – zapewnienie wsparcia osobom niesamodzielnym oraz ich opiekunom” RPOP.08.01.00-16-0012/18 dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020. Osi priorytetowej VIII – Integracja społeczna. Działanie 8.1 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych w zakresie usług społecznych - wsparcie osób niesamodzielnych

**Temat nr 2: Metody pracy z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie i z zaburzeniami psychicznymi, w terminie 05-06.04.2022 r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Imię i nazwisko  (dane kontaktowe **kandydata**  telefon oraz email) | Nazwa instytucji | Osoba jest personelem służb świadczących usługi w społeczności lokalnej  (TAK/NIE) | Czy kandydat korzystał wcześniej ze szkoleń organizowanych przez ROPS  w Opolu w podanym temacie  (TAK/NIE) | Stanowisko pracy | Korzystanie  z zakwaterowania podczas szkolenia dwudniowego (TAK/NIE)\* | Czy osoba posiada stopień niepełnosprawności \* \* (TAK/NIE) | Zapytanie o specjalne potrzeby związane z niepełnosprawnością- proszę wpisać jeśli dotyczy\*\*\*  oraz o specjalne potrzeby dotyczące wyżywienia, np. .czy dieta wegetariańska |
|  | telefon:……….………...………………….  email: ………….……………..….……….. | ……………………………………………………………… |  |  |  |  |  |  |

*\*\*zaznaczyć TAK dla osób, które posiadają miejsce zamieszkania w miejscowości innej niż miasto Opole .*

*\*\*jeśli osoba posiada stopień niepełnosprawności proszę podać*

*\*\*\*czy muszą być spełnione specjalne wymagania, jeśli tak, to podać jakie.*

Pieczęć Instytucji ……………………………………….

Podpis Dyrektora/Kierownika jednostki   
(nie dotyczy opiekunów nieformalnych)