………………………………………….

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 4: Zespół stresu opiekuna osoby niesamodzielnej z warsztatem relaksacyjnym, w terminie 10-11.05.2022 r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Imię i nazwisko(dane kontaktowe **kandydata** telefon oraz email) | Nazwa instytucji | Stanowiskonie dotyczy opiekunów nieformalnych | Czy kandydat korzystał wcześniej ze szkoleń organizowanych przez ROPS w Opolu w podanym temacie(TAK/NIE) | Osoba jest personelem służb świadczących usługi w społeczności lokalnej (TAK/NIE) | 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