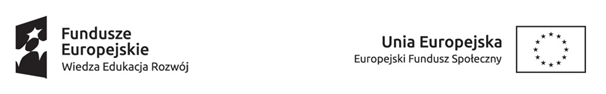
****

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

**udziału w formach wsparcia w ramach projektu**

**„Kooperacje 3D - model wielosektorowej współpracy na rzecz wsparcia osób i rodzin”**

realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

Oś priorytetowa II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji,

Działanie 2.5 Skuteczna pomoc społeczna

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ZGŁOSZENIE UDZIAŁU (proszę zaznaczyć)** | | |
| **x** Szkolenie dla kadr CUS:  **□Zarządzanie i organizacja usług □Opracowywanie i realizacja ipus □Organizacja społeczności lokalnej**  **□** Szkolenia warsztatowe | | |
| **DANE OSOBOWE I DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA PROJEKTU** | | |
| 1 | Imię |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | PESEL |  |
| 4 | Płeć |  |
| 5 | Wykształcenie | * niższe niż podstawowe * podstawowe * gimnazjalne * ponadgimnazjalne * policealne * wyższe |
| 6 | Rodzaj uczestnika | * indywidualny * pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu |
| 7 | Kraj |  |
| 8 | Województwo |  |
| 9 | Powiat |  |
| 10 | Gmina |  |
| 11 | Obszar zamieszkania | * obszar miejski * obszar wiejski |
| 12 | Miejscowość zamieszkania |  |
| 13 | Kod pocztowy |  |
| 14 | Ulica |  |
| 15 | Nr budynku |  |
| 16 | Nr lokalu |  |
| 17 | Telefon kontaktowy |  |
| 18 | Adres e-mail |  |
| 19 | Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | * Osoba bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy. * Osoba bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy. * Osoba bierna zawodowo. * Osoba pracująca. |
| 20 | Obszar zatrudnienia | * Osoba pracująca w administracji rządowej. * Osoba pracująca w administracji samorządowej. * Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie. * Osoba pracująca w mikro- małe i średnie przedsiębiorstwa * Osoba pracująca w organizacji pozarządowej. * Osoba prowadząca działalność na własny rachunek. |
| 21 | Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu | * Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia. * Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań. * Osoba z niepełnosprawnościami. * Żadne z powyższych.   *Proszę zaznaczyć odpowiedź/odpowiedzi, które odnoszą się do Pani/a sytuacji społecznej.* |
| 22 | Stanowisko |  |
| 23 | Nazwa instytucji |  |
| 24 | NIP |  |
| 25 | Typ instytucji | * Jednostka administracji rządowej, * Jednostka samorządy terytorialnego (bez szkół i placówek oświatowych), * Organizacja pozarządowa, * Ośrodek wsparcia ekonomii społecznej, * Placówka systemu oświaty, * Podmiot ekonomii społecznej, * Prokuratura, * Sądy powszechne, * Szkoła, * Uczelnia lub jednostka organizacyjna uczelni, * Inne(jakie?)…………………………………………………………………………………………………..… |
| 26 | Województwo |  |
| 27 | Powiat |  |
| 28 | Gmina |  |
| 29 | Miejscowość |  |
| 30 | Ulica |  |
| 31 | Nr budynku |  |
| 32 | Numer lokalu |  |
| 33 | Kod pocztowy |  |
| 34 | Specjalne potrzeby | * Dostosowanie przestrzeni w związku  z niepełnosprawnością ruchową? Jeśli TAK, proszę opisać jakie: ………………………………………………….…… ……………………………………………….………..…… * Korzystanie z noclegów podczas zjazdów TAK/NIE * Zapewnienie tłumacza języka migowego? TAK/NIE * Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką? TAK/NIE * Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych?   Jeśli TAK, proszę opisać jakie:……………………..….…  …………………………….……………………………….   * Inne specjalne potrzeby? Jeśli TAK, proszę opisać jakie: …   ……………………………………………………….……… |
| **OŚWIADCZENIA** | | |
| |  |  | | --- | --- | | Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że składanie oświadczeń niezgodnych ze stanem faktycznym podlega odpowiedzialności.  Potwierdzam, że zostałam/em poinformowana/y, że ww. projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.  Potwierdzam, że zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w różnych formach wsparcia organizowanych przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu w ramach projektu pn. „Kooperacje 3D – model wielosektorowej współpracy na rzecz wsparcia osób i rodzin” i zobowiązuje się do jego przestrzegania.  .......................................... ………………………………………………..  **Data Podpis osoby zgłaszającej się** | **Podpis osoby zgłaszającej się**  ............................................... | | | |
| Wyrażam zgodę na uczestnictwo Pani/a …………………………………………………………….. w formach wsparcia organizowanych w ramach projektu pt.: „*Kooperacje 3D – model wielosektorowej współpracy na rzecz wsparcia osób i rodzin*”, realizowanego przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu.  Oświadczam, iż ww. osoba jest pracownikiem: …………………………………………………………………….. ……………………………………………………..(nazwa instytucji)   |  |  | | --- | --- | | **Podpis i pieczęć imienna przełożonego** | ............................................... **Pieczęć instytucji** ………………………….. | | | |