****

**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** ………………………….. |

 |