………………………………………….

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: „Zespół stresu opiekuna osoby niesamodzielnej z warsztatem relaksacyjnym”, w terminie 30-31.05.2023 r. (II GRUPA)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Imię i nazwisko  (dane kontaktowe **kandydata**  telefon oraz email) | Nazwa instytucji | Stanowisko lub  opiekun nieformalny | 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) | 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 | Korzystanie  z zakwaterowania podczas szkolenia dwudniowego (TAK/NIE)\* |
|  | ……………………………………  …………………………………..  telefon:……….………...…………………. | ……………………………………………………………… |  |  |  |  |  |  |

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

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

Pieczęć Instytucji ……………………………………….

Podpis Dyrektora/Kierownika jednostki

…………………………………………………………………

Podpis uczestnika