………………………………………….

miejscowość i data

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

**kandydata/ki do udziału w szkoleniu pn.: „Opieka nad osobą z demencją”** w ramach projektu pt. NieSamiDzielni - rozwój usług społecznych oraz wspierających osoby niesamodzielne - II edycja w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa VIII- Integracja Społeczna,
współfinansowanego z europejskiego Funduszu Społecznego

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko kandydata/ki****(dane kontaktowe, adres zamieszkania, telefon oraz e-mail)** | **Nazwa instytucji w której zatrudniony jest kandydat/ka** | **Nazwa stanowiska pracy lub zakres wykonywanych usług przez kandydata/kę** | **Czy kandydat/ka wykonuje czynności związane z pracą bezpośrednio związaną z opieką osób niesamodzielnych i/lub starszych i/lub niepełnosprawnych.***(TAK/NIE)* | **Czy kandydat/ka**  **będzie korzystać z noclegu***(TAK/NIE)* | **Zapytanie o specjalne potrzeby związane z niepełnosprawnością/lub dietetyczne (np. dieta wegetariańska)** *(Jeśli dotyczy)* | **Czy kandydat korzystał wcześniej ze szkoleń organizowanych przez ROPS w Opolu w podanym temacie**(TAK/NIE) |
| **1** | **Formularz proszę wypełnić wyłącznie elektronicznie** |  |  |  |  |  |  |

……………………………….. ……………………………….. ………………………………..

Podpis kandydata/ki Podpis kierownika jednostki Pięczatka jednostki