**………………………………………….**

**miejscowość, data**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA / SKIEROWANIA**

**do udziału w szkoleniu w związku z realizacją przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu szkoleń z zakresu przeciwdziałania przemocy domowej**  **w ramach Rządowego Programu Przeciwdziałania Przemocy Domowej na lata 2024-2030 oraz na podstawie Wytycznych ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego z dnia 30 października 2023 roku do prowadzenia szkoleń w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej, w tym obowiązkowych szkoleń dla członków zespołu interdyscyplinarnego oraz grup diagnostyczno - pomocowych na podstawie art. 8 pkt 5 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej**

Szkolenie pt. **Współpraca w Zespołach Interdyscyplinarnych i Grupach Diagnostyczno - Pomocowych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Dane uczestnika**  Imię i nazwisko, nr tel. oraz adres e-mail | **Nazwa instytucji** | **Zajmowane**  **Stanowisko** | **Termin szkolenia**  Można wpisać więcej niż jeden termin | **Czy kandydat jest członkiem Zespołu Interdyscyplinarnego**  **(TAK/NIE)** | **Korzystanie  z noclegu (TAK/NIE)**  wyłącznie dla osób, które mieszkają poza miejscem, w którym odbywa się szkolenie | **Specjalne potrzeby związane**  **z niepełnosprawnością i/lub specjalne potrzeby dotyczące wyżywienia**  **(TAK/NIE)**  Proszę wpisać jakie |
|  | **Formularz proszę wypełnić elektronicznie** |  |  |  |  |  |  |

**Skan podpisanego i opieczętowanego formularza proszę przesłać na adres e-mail:** [**l.krzak@rops-opole.pl**](mailto:l.krzak@rops-opole.pl)

**…………………………………………. …………………………………………. ………………………………………….**

**Pieczęć Instytucji** **Podpis Kandydata** **Podpis Dyrektora / Kierownika jednostki**

(niewymagane, jeżeli kandydatem jest

Dyrektor/Kierownik jednostki)