# FORMULARZ REKRUTACYJNYNA SZKOLENIE

**Projekt pn. „Społeczna Małopolska – koordynacja działań na rzecz włączenia społecznego w Małopolsce”**

realizowany przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie.

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus,

Program Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027,

Priorytet IV Spójność Społeczna i Zdrowie,

Działanie 4.13 Wysokiej jakości system włączenia społecznego.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa/tytuł szkolenia** | **Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi** |
| **Termin**  | * 22 lipca 2024r.
* 23 lipca 2024r.
* 5 sierpnia 2024r.
 |

1. **PODSTAWOWE INFORMACJE** (*wypełnia Kandydat/Kandydatka*)

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko**  |  |
| **Data urodzenia**  |  |
| **Stanowisko** |  |
| **Nr telefonu kontaktowego** |  |
| **Adres e-mail** |  |

1. **DANE PODMIOTU KIERUJĄCEGO KANDYDATA NA SZKOLENIE/ PODMIOTU, KTÓRY REPREZENTUJE KANDYDAT/KANDYDATKA** (*wypełnia Kandydat/Kandydatka*)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa**  |  |
| **Adres** |  |
| **Nr telefonu** |  |

1. **DODATKOWE INFORMACJE O KANDYDACIE/KANDYDATCE** (*wypełnia Kandydat/Kandydatka*)

|  |  |
| --- | --- |
| **Adekwatność szkolenia do wykonywanych obowiązków służbowych**  | Czy w zakresie obowiązków Kandydata/Kandydatki jest zaangażowany/na w realizację programów/projektów socjalnych na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, chorujących psychicznie?* TAK
* NIE
 |
| **Staż pracy na stanowisku pracownika socjalnego** | Staż pracy Kandydata/Kandydatki na stanowisku pracownika socjalnego wynosi:* 0-5 lat
* Powyżej 5-10 lat
 |
| **Indywidualne uzasadnienie potrzeby udziału w szkoleniu**  | Proszę wskazać uzasadnienie potrzeby udziału w szkoleniu w kontekście realizowanych zadań/ doskonalenia zawodowego: |

1. **POTRZEBY KANDYDATA/KANDYDATKI ZWIĄZANE Z ORGANIZACJĄ SZKOLENIA** (*wypełnia Kandydat/ Kandydatka*)

W przypadku posiadania specjalnych potrzeb należy je oznaczyć „X” w kolumnie „Zgłoszenie potrzeby” i opisać w kolumnie „Potrzeba”(jeśli dotyczy).

|  |  |
| --- | --- |
| **Potrzeba** | **Zgłoszenie potrzeby** |
| Specjalnego dostosowania przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową. Proszę opisać jakiego dostosowania: |  |
| Zapewnienia tłumacza języka migowego |  |
| Zapewnienia druku materiałów powiększoną czcionką |  |
| Dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych. Proszę opisać jakich: |  |
| Pętla indukcyjna |  |
| Inne specjalne potrzeby. Proszę opisać jakie: |  |

**OŚWIADCZENIA**

1. Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajanie prawdy, oświadczam, że **dane zawarte w niniejszym *Formularzu rekrutacyjnym* są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.**
2. Zapoznałem/am się z ***Regulaminem uczestnictwa w projekcie pn. Społeczna Małopolska - koordynacja działań na rzecz włączenia społecznego w Małopolsce*** oraz akceptuję jego treść.
3. Potwierdzam **wypełnienie wobec mnie obowiązku informacyjnego** **w zakresie przetwarzania** przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie (w tym w imieniu Instytucji Zarządzającej oraz Instytucji Pośredniczącej) **moich danych** osobowych niezbędnych do realizacji rekrutacji w ramach Projektu.
4. W przypadku zakwalifikowania do udziału we wsparciu w ramach Projektu po raz pierwszy zobowiązuję się do **przekazania danych i oświadczeń** określonych w *Kwestionariuszu Uczestnika/Uczestniczki Projektu*. Przyjmuję do wiadomości, że niedostarczenie ww. dokumentów będzie skutkować brakiem możliwości uczestnictwa w Projekcie.

|  |  |
| --- | --- |
| .............................................. | .............................................. |
| Data | Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki |

1. **INFORMACJA O ODDELEGOWANIU PRZEDSTAWICIELA PODMIOTU** *(wypełnia osoba upoważniona do reprezentowania Podmiotu kierującego Kandydata/Kandydatkę na szkolenie)*

W sytuacji zakwalifikowania do udziału wyrażam zgodę na udział

Pani/a …………………………………………………………………………………………………………………………

(*proszę wskazać imię i nazwisko Przedstawiciela Podmiotu*)

w szkoleniu pn. **„Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi”**.

……………………………………………………..

Podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej do reprezentowania Podmiotu