# FORMULARZ REKRUTACYJNY NA 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** | Szkolenie z zakresu zatrudnienia wspomaganego pn. Trener zatrudnienia wspomaganego |

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

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

1. **DANE PODMIOTU KIERUJĄCEGO KANDYDATA/KANDYDATKĘ NA SZKOLENIE** (*wypełnia Kandydat/Kandydatka*)

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Potrzeba** | **Odpowiedź** |
| Zwrot kosztów noclegu\* | * TAK
* NIE
 |
| Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową. Proszę opisać jakiego dostosowania:………………………………………………………………………………………………………… | * TAK
* NIE
 |
| Zapewnienie tłumacza języka migowego | * TAK
* NIE
 |
| Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką. Proszę wskazać rozmiar czcionki:………………………………………………………………………………………………………… | * TAK
* NIE
 |
| Dostosowanie posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych. Proszę opisać jakich:………………………………………………………………………………………………………… | * TAK
* NIE
 |
| Pętla indukcyjna | * TAK
* NIE
 |
| Inne specjalne potrzeby. Proszę opisać jakie:………………………………………………………………………………………………………… | * TAK
* NIE
 |

* Dot. osób spoza Krakowa, szczegółowe informacje znajdują się w Regulaminie zwrotu kosztów noclegu i dojazdu Uczestników i Wykonawców Wydarzeń realizowanych w ramach Projektu pn. ,,Społeczna Małopolska – koordynacja działań na rzecz włączenia społecznego w Małopolsce’’
1. **DODATKOWE INFORMACJE O KANDYDACIE/KANDYDATCE** (*wypełnia Kandydat/Kandydatka*)

|  |  |
| --- | --- |
| **Kandydat/Kandydatka pracuje w Warsztacie Terapii Zajęciowej** | * TAK
* NIE
 |
| **Zasadność potrzeby udziału w szkoleniu** | *Czy Pan/i**jest lub będzie w przyszłości odpowiedzialny/a za realizację działań w zakresie zatrudnienia wspomaganego w podmiocie, który reprezentuje?** TAK
* NIE
 |
| **Brak dotychczasowego udziału Kandydata/Kandydatki w szkoleniach z zakresu zatrudnienia wspomaganego** | *Czy brał/a Pan/i udział w szkoleniach z zakresu zatrudnienia wspomaganego?** TAK
* NIE

Jeśli tak, proszę wskazać nazwę szkolenia, liczbę godzin, rok udziału w szkoleniu oraz realizatora…………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………. |
| **Indywidualne uzasadnienie potrzeby udziału w szkoleniu**  | *Proszę wskazać uzasadnienie potrzeby udziału w szkoleniu w kontekście realizowanych zadań/ doskonalenia zawodowego:* |

1. **OŚWIADCZENIA**
2. 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.**
3. Zapoznałem/am się z ***Regulaminem uczestnictwa w projekcie pn. Społeczna Małopolska - koordynacja działań na rzecz włączenia społecznego w Małopolsce*** oraz akceptuję jego treść.
4. 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.
5. 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 wybranej przeze mnie formie wsparcia.

|  |  |
| --- | --- |
| .............................................. | .............................................. |
| 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 Kandydata/Kandydatki*) w szkoleniu z zakresu zatrudnienia wspomaganego.

……………………………………………………..

Podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej do reprezentowania Podmiotu