# 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** | **Reorganizacja domów pomocy społecznej i świadczenie usług krótkoterminowych** |
| **Termin**  | * **Grupa 1:** 14 czerwca 2024r.
* **Grupa 2:** 17 czerwca 2024r.
* **Grupa 3:** 25 czerwca 2024r.
 |

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/PODMIOTU KTÓRY REPREZENTUJE KANDYDAT/KANDYDATKA** (*wypełnia Kandydat/Kandydatka*)

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Adekwatność szkolenia do wykonywanych obowiązków służbowych**  | *Kandydat/Kandydatka jest przedstawicielem/ką kadry zarządzającej w DPS lub osobą odpowiedzialną za procesy związane z reorganizacją DPS w kierunku świadczenia usług środowiskowych* * TAK
* NIE
 |
| **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 potrzeb należy je oznaczyć „X” w kolumnie „Zgłoszenie potrzeby” i opisać w kolumnie „Potrzeba”(jeśli dotyczy).

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

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 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. **Reorganizacja domów pomocy społecznej i świadczenie usług krótkoterminowych**.

……………………………………………………..

Podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej do reprezentowania Podmiotu