****

*Załącznik nr 2*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

 **udziału w formach wsparcia w ramach projektu**

**„KOOPERACJE 3D - MODEL WIELOSEKTOROWEJ WSPÓŁPRACY**

**NA RZECZ WSPARCIA OSÓB I RODZIN”**

realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
Oś priorytetowa II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji,

Działanie 2.5 Skuteczna pomoc społeczna

|  |
| --- |
| **Zgłoszenie do udziału w:** |
| **□** Szkolenia międzysektorowe z warsztatami**□ Warsztaty kooperacyjne** **□** Coaching dla pracowników socjalnych |
| **TERMINY WARSZTATÓW KOOPERACYJNYCH:** |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Moduł III:** | **Moduł IV:** |
| **Łowicz** | 01-02.07.2020 r. | 21-22.09.2020 r. |
| **Zgierz** | 01-02.07.2020 r. | 21-22.09.2020 r. |
| **Tomaszów Mazowiecki** | 29-30.06.2020 r. | 16-17.09.2020 r. |
| **Zduńska Wola** | 07-08.07.2020 r. | 23-24.09.2020 r. |
| **Sieradz** | 07-08.07.2020 r. | 14-15.09.2020 r. |
| **Łódź** | 29-30.06.2020 r. | 14-15.09.2020 r. |
| **Piotrków Trybunalski** | 09-10.07.2020 r. | 23-24.09.2020 r. |
| **Radomsko** | 09-10.07.2020 r. | 16-17.09.2020 r. |

 |
| **DANE OSOBOWE I DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA PROJEKTU** |
| 1 | Imię |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | PESEL |  |
| 4 | Płeć |  |
| 5 | Wykształcenie | * niższe niż podstawowe
* podstawowe
* gimnazjalne
* ponadgimnazjalne
* policealne
* wyższe
 |
| 6 | Kraj |  |
| 7 | Województwo |  |
| 8 | Powiat |  |
| 9 | Gmina |  |
| 10 | Miejscowość zamieszkania |  |
| 11 | Kod pocztowy |  |
| 12 | Ulica |  |
| 13 | Nr budynku |  |
| 14 | Nr lokalu |  |
| 15 | Telefon kontaktowy |  |
| 16 | Adres e-mail |  |
| 17 | Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | * Osoba bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy
* Osoba bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy
* Osoba bierna zawodowo
* Osoba pracująca
 |
| 18 | Obszar zatrudnienia | * Osoba pracująca w administracji rządowej
* Osoba pracująca w administracji samorządowej
* Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
* Osoba pracująca w MMŚP
* Osoba pracująca w organizacji pozarządowej
* Osoba prowadząca działalność na własny rachunek
 |
| 19 | Wykonywany zawód | * Nauczyciel kształcenia zawodowego
* Nauczyciel kształcenia ogólnego
* Nauczyciel wychowania przedszkolnego
* Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
* Pracownik instytucji rynku pracy
* Pracownik systemu ochrony zdrowia
* Rolnik
* Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
* Pracownik instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej
* Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
* Pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej
* Instruktor praktycznej nauki zawodu
* Inny
 |
| 20 | Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu | * Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia.
* Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej.

(za osobę w innej niekorzystnej sytuacji społecznej uznaje się: osobę z wykształceniem niższym niż podstawowe (ISCED 0), byłego więźnia, narkomana, osobę bezdomną lub wykluczoną z dostępu do mieszkań, osobę z obszarów wiejskich (DEGRUBA kategoria 3))* Żadne z powyższych.

*Proszę zaznaczyć odpowiedź/odpowiedzi, które odnoszą się do Pani/a sytuacji społecznej.* |
| 21 | Nazwa instytucji |  |
| 22 | NIP |  |
| 23 | Stanowisko |  |
| 24 | Typ instytucji | * Jednostka administracji rządowej,
* Jednostka samorządy terytorialnego (bez szkół i placówek oświatowych),
* Organizacja pozarządowa,
* Ośrodek wsparcia ekonomii społecznej,
* Placówka systemu oświaty,
* Podmiot ekonomii społecznej,
* Prokuratura,
* Sądy powszechne,
* Szkoła,
* Uczelnia lub jednostka organizacyjna uczelni,
* Instytucje rynku pracy,
* Podmiot wykonujący działalność leczniczą
* Inne(jakie?)……………………………………
 |
| 25 | Województwo |  |
| 26 | Powiat |  |
| 27 | Gmina |  |
| 28 | Miejscowość |  |
| 29 | Ulica |  |
| 30 | Nr budynku |  |
| 31 | Numer lokalu |  |
| 32 | Kod pocztowy |  |
| 33 | Specjalne potrzeby | * Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową?

Jeśli TAK, proszę opisać jakie:.………………………………………………………………….…………………………………………………………………* Zapewnienie tłumacza języka migowego
* Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką
* Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych?

Jeśli TAK, proszę opisać jakie:.………………………………………………………………….…………………………………………………………………* Inne specjalne potrzeby? Jeśli TAK, proszę opisać jakie:

.………………………………………………………………….………………………………………………………………… |
| **OŚWIADCZENIA** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości,że składanie oświadczeń niezgodnych ze stanem faktycznym podlega odpowiedzialności.Potwierdzam, że zostałam/em poinformowana/y, że ww. projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.Potwierdzam, że zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w różnych formach wsparcia organizowanych przez Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi w ramach projektu pn. „Kooperacje 3D – model wielosektorowej współpracy na rzecz wsparcia osób i rodzin” i zobowiązuje się do jego przestrzegania. **Data Podpis osoby zgłaszającej się** .......................................... …………………………………………………………..   |  **Podpis osoby zgłaszającej się** ............................................... |

 |
| Wyrażam zgodę na uczestnictwo Pani/a …………………………………………………………….. w formach wsparcia organizowanych w ramach projektu pt.: „*Kooperacje 3D – model wielosektorowej współpracy na rzecz wsparcia osób i rodzin*”, realizowanego przez Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi.Oświadczam, iż ww. osoba jest pracownikiem: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. (nazwa instytucji)Podpis i pieczęć imienna przełożonego ………………………………………………Pieczęć instytucji …………………………………………... |