****

*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 …………………………………………... | | |