**Załącznik nr 1**

**do Regulaminu szkoleń**

**Formularz zgłoszeniowy na** **szkolenie realizowane
w ramach projektu „Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej w subregionie słupskim”**

**Zgłaszam swoje uczestnictwo w szkoleniu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * **W BYTOWIE**
 | * **W SŁUPSKU**
 | * **W LĘBORKU**
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię (Imiona)** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Pełna nazwa instytucji** |  |
| **Adres instytucji**  |  |
| **Nr telefonu** |  | **E-mail** |  |
| **Typ instytucji** | * stowarzyszenie
* fundacja
* spółdzielnia socjalna
* spółdzielnia pracy
* spółdzielnia inwalidów lub niewidomych
* stowarzyszenie jednostek samorządu terytorialnego
* Centrum Integracji Społecznej
* Klub Integracji Społecznej
 | * Zakład Aktywności Zawodowej
* Warsztat Terapii Zajęciowej
* klub sportowy
* jednostka samorządu terytorialnego
* grupa nieformalna/grupa inicjatywna
* inny

………………………………………… |
| **Jaki rodzaj działalności oprócz statutowej prowadzi instytucja?** | * Działalność gospodarczą
* Działalność odpłatną
 |
| **Jakie terminy szkoleń byłyby dla Pana/i odpowiednie?** | * w ciągu tygodnia, w godzinach przedpołudniowych
* w ciągu tygodnia, w godzinach popołudniowych
* sobota
* inne
 |
| **Zapotrzebowanie na dodatkowe wsparcie w szkoleniu** | Dostosowanie do potrzeb osób niepełnosprawnych | * tak

(jakie?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)* nie
 |
| Zwrot kosztów dojazdu | * tak
* nie
* nie dotyczy
 |
| Opieka nad osobami zależnymi | * tak
* nie
* nie dotyczy
 |
| Potrzeby żywieniowe | * tak

(jakie, np. dieta wegetariańska ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)* nie
 |

|  |
| --- |
| **Charakterystyka i dotychczasowe doświadczenie kandydata/tki:** |
| **Charakterystyka aktywności społecznej i/lub obywatelskiej (np. działalność w organizacjach pozarządowych, udział w radach, konsultacjach, akcjach społecznych, grupach nieformalnych / grupach inicjatywnych)** |  |
| **Co chciałby/aby Pan/Pani ulepszyć w funkcjonowaniu swojej organizacji/grupy?** |  |
| **Motywacja kandydata/tki** |
| **Jakie ma Pan/Pani oczekiwania związane z uczestnictwem w szkoleniu? W jakich działaniach chciałby/aby Pan/Pani wykorzystać umiejętności nabyte podczas szkolenia?** |  |
| **Oświadczenie kandydata/tki** |
| Oświadczam, że:1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich dobrowolnie podanych danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).
2. Wysyłając formularz zgłoszenia kandydat zobowiązuje się do pełnego uczestnictwa w szkoleniu we wskazanym terminie w pełnym wymiarze godzin.
3. Jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania organizatora o niemożności uczestnictwa w zajęciach w terminie do 3 dni przed rozpoczęciem szkolenia.
 |

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… |  …………………….…………………………………………………… |
|  *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS* |

*Szkolenie organizowane jest w ramach projektu “Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej w subregionie słupskim” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020.*