**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: *„Rozliczanie ofert na realizację zadań publicznych”***

**23.01.2018, Słupsk, ul. Sienkiewicza 19 (II p.)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | |
| **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.*