Załącznik Nr 1 do Regulaminu

**Formularz zgłoszeniowy
do udziału w projekcie pn. „Pomorska moc wiedzy”**

**Dane dotyczące formy wsparcia**
Uzupełnij puste pola w kolumnie „Pole do uzupełnienia”.

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane** | **Pole do uzupełnienia** |
| **Nazwa** | Szkolenie: „Dziecko jako ofiara przemocy domowej. Diagnoza i opracowanie planu pomocy ze szczególnym uwzględnieniem monitoringu sytuacji dziecka doświadczającego przemocy domowej.  |
| **Termin**  | **Proszę wpisać wybrany termin:** |
| **Miejsce** | Hotel „Pod Orłem” Kartuzy |

**Dane instytucji zgłaszającej uczestnika / uczestniczkę**Uzupełnij puste pola w kolumnie „Pole do uzupełnienia”.

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane** | **Pole do uzupełnienia** |
| **Nazwa Instytucji** |  |
| **Adres Instytucji** |  |
| **Telefon Instytucji**  |  |
| **E-Mail Instytucji** |  |

**pieczęć i podpis osoby reprezentującej instytucję**

**Dane uczestnika / uczestniczki**Uzupełnij puste pola w kolumnie „Pole do uzupełnienia”.

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane** | **Pole do uzupełnienia** |
| **Imię i Nazwisko**  |  |
| **Stanowisko służbowe** |  |
| **Uzasadnienie potrzeby udziału we wsparciu**  |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **E-mail** |  |

**Informacje dodatkowe niezbędne do właściwej organizacji wsparcia**Uzupełnij puste pola w kolumnie „Pole do uzupełnienia”.

|  |  |
| --- | --- |
| **Specjalne potrzeby Uczestnika / Uczestniczki** | **Pole do uzupełnienia** |
| **Specjalne potrzeby żywieniowe** |  |

**Chęć korzystania z noclegu**
Jeżeli poniższe pytanie Cię dotyczy wpisz w puste pole w kolumnie „Odpowiedź” Tak lub Nie.

|  |  |
| --- | --- |
| **Pytanie** | **Odpowiedź** |
| **Czy chcesz korzystać z noclegu?** |  |

**Możliwość skorzystania z usług dostępowych zgodnie z ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2019 r. poz. 1696)**Wpisz w puste pole w kolumnie „Pole wyboru” znak „X” przy wybranych usługach dostępowych.

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaje usług dostępowych** | **Pole wyboru** |
| **Tłumacz języka migowego** |  |
| **Asystent osoby z niepełnosprawnością** |  |
| **Materiały szkoleniowe w formie dostępnej (elektroniczne z możliwością powiększenia druku lub odwrócenia kontrastu)** |  |
| **Nie dotyczy**  |  |

Jeśli posiadasz inne specjalne potrzeby w obszarze dostępności wpisz je w puste pole poniżej.

|  |
| --- |
|  |

**Preferowana forma kontaktu**Wpisz w puste pole w kolumnie „Pole wyboru” znak „X” przy preferowanej formie kontaktu w sprawie rekrutacji.

|  |  |
| --- | --- |
| **Forma kontaktu** | **Pole wyboru** |
| **Rozmowa telefoniczna** |  |
| **Wiadomość e-mail** |  |

1. Ja, niżej podpisana/ podpisany potwierdzam chęć uczestnictwa we wsparciu organizowanym w ramach projektu „Pomorska Moc Wiedzy”, realizowanego w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
2. Oświadczam, iż zapoznałam/ zapoznałem się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie.
3. Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.

**Data Podpis uczestnika/ uczestniczki**