Załącznik Nr 2b do Regulaminu

Formularz zgłoszeniowy
do udziału w projekcie pn. „Włączamy Pomorskie!”

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

|  |  |
| --- | --- |
| Dane | Pole do uzupełnienia |
| Nazwa | Szkolenie z zakresu II stopnia specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny |
| Termin  |  |

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
Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że posiadam:

1. Uprawnienia do wykonywania zawodu pracownika socjalnego, uzyskane na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej lub art. 5 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej / decyzję o uznaniu kwalifikacji w zawodzie regulowanym pracownika socjalnego na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich UE;
2. Posiadanie I stopnia specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny;
3. Co najmniej 5-letni staż w zawodzie pracownika socjalnego;
4. do formularza zgłoszeniowego załączam skany ww. dokumentów potwierdzających spełnianie wymogów niezbędnych do udziału w wybranym szkoleniu z zakresu II stopnia specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny.

Data Podpis uczestnika/ uczestniczki

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 (pole nieobowiązkowe) |  |
| 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/y potwierdzam chęć uczestnictwa we wsparciu organizowanym w ramach projekt „Włączamy Pomorskie!”, realizowanego w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
1. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie.
2. Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.

Data Podpis uczestnika/ uczestniczki