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 | „Praca z osobami starszymi. Choroby otępienne.” |
| Termin  | 13-14.10.2025 r.  |
| Miejsce | Hotel „Amber Hotel Gdańsk”ul. Powstańców Warszawskich 4580-165 Gdańsk |

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