**Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY  
do udziału w projekcie „Kooperacja – efektywna i skuteczna”**

**realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

**DOTYCZY: Szkolenia kompetencyjne CUS**

**MIEJSCE: on-line**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Moduł I** - Zarządzanie i organizacja usług społecznych (minimum 60 godzin dydaktycznych) | **Moduł II** - Opracowywanie i realizacja indywidualnych planów społecznych (minimum 52 godziny dydaktyczne) | **Moduł III** - Organizacja społeczności lokalnej (minimum 57 godzin dydaktycznych) |
|  | Termin: 29.08.2022 r.-20.09.2022 r. | Termin: 06-27.09.2022 r. | Termin: 07.09-28.09.2022 r. |
| **Liczba osób** |  |  |  |
| **Nazwa instytucji/podmiotu:**  **Adres e-mail:**  **Telefon:** |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SPECJALNE POTRZEBY** (proszę w odpowiednim miejscu zaznaczyć odpowiedź TAK lub NIE oraz jeśli zaznaczono odpowiedź TAK, określić jakie?) | | | |
| **Pytania dotyczą udziału w formie zdalnej** | | | **Liczba osób** |
| Zapewnienie alternatywnych form materiałów szkoleniowych, jakich?...................................................................................... | 🞏 TAK | 🞏 NIE |  |
| Zapewnienie usługi tłumacza migowego | 🞏 TAK | 🞏 NIE |  |

**Kryteria rekrutacji** *(proszę zaznaczyć odpowiednie pole)*

Czy na terenie gminy został utworzony CUS TAK  NIE 

Czy gmina posiada diagnozę pod kątem utworzenia CUS TAK  NIE 

Czy gmina deklaruje utworzenie CUS TAK  NIE 

...…………………………………. ..…………………………………..

Pieczęć instytucji Podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania instytucji/podmiotu

**UWAGA !!! Wypełnia Realizator Projektu przeprowadzający rekrutację na szkolenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ocena formalna** | | | |
| Przynależność do grupy docelowej projektu | | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| Kompletność dokumentacji rekrutacyjnej | | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| Spełnia kryterium formalne | | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| **Podpis pracownika ROPS** |  | | |