
# Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej

**45 – 315 OPOLE ul. Głogowska 25 C**

## tel/fax (77) 44 152 50, 44 152 59

##### konto : Bank MILLENIUM S.A 65116022020000000041390310

##### NIP 754 – 26 – 17 – 249

e-mail: rops@rops-opole.pl

 Załącznik nr 2

 ……………………………………

 miejscowość i data

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA/SKIEROWANIA**

**DO UDZlAŁU W SPECJALIZACJl I STOPNlA W ZAWODZIE PRACOWNIK SOCJALNY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Imię i nazwisko | Nazwa instytucji( dane kontaktowe kandydata telefon oraz email) | Osoba posiada uprawn. do wykon. zawodu prac. socjalnego na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej(TAK/NIE)  |  Ww. pracownik ma bezpośredni kontakt z klientem, tj. świadczy usługi aktywizacyjne i inne usługi społeczne, bezpośrednio na rzecz osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym. TAK/NIE | Stanowisko i staż pracy na tym stanowisku w latach | Czy korzystano wcześniej ze wsparcia w postaci specjal. I lub II stopnia w ramach proj.finans.ze środ.POKL 2007-2013(TAK /NIE) | Umowa o pracę i zobowiązanie z pracodawcą (TAK/NIE) | Korzystanie z zakwaterowania podczas zjazdów\* \*   | Czy posiada stopień niepełnosprawności \* \*\* (TAK/NIE) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*w załączeniu proszę przekazać kopię dokumentów potwierdzających posiadane wykształcenie .

\*\*zaznaczyć TAK tylko wtedy gdy miejsce prowadzenia szkolenia jest oddalone od miejsca zamieszkania osoby w nim uczestniczącej o więcej niż 50 km.

\*\*\*jeśli osoba posiada stopień niepełnosprawności proszę podać czy muszą być spełnione specjalne wymagania, jeśli tak, to podać jakie.

……………………………………….

 Podpis Dyrektora/Kierownika jednostki