**Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji**

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

**realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

**DOTYCZY:** szkolenia dla osób świadczących bezpośrednie usługi społeczne w terenie m. in. asystentów/opiekunów osób niepełnosprawnych, opiekunów środowiskowych lub asystentów/opiekunów osób starszych

**Panel teoretyczny**

**TERMIN:** 11-12.10.2022 r., 24-25.10.2022 r., 07-08.11.2022 r.,

**MIEJSCE:** Dwór Kolesin, Kolesin 14, 66-110 Babimost.

**Panel praktyczny**

**TERMIN:** przedział czasowy13.10.2022 r. – 10.12.2022 r.

**MIEJSCE:** województwo lubuskie/ w punktach/miejscach świadczenia usług opieki/asystentury dla osób starszych i/lub z niepełnosprawnościami

|  |  |
| --- | --- |
| **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 formach stacjonarnych i zdalnych** | | | **Liczba osób** |
| Zapewnienie alternatywnych form materiałów szkoleniowych, jakich?...................................................................................... | 🞏 TAK | 🞏 NIE |  |
| Zapewnienie usługi tłumacza migowego | 🞏 TAK | 🞏 NIE |  |
| **Pytania dotyczą TYLKO udziału w formach stacjonarnych** | | |  |
| Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie (system FM, pętla indukcyjna), jakich? ........................................................................... | 🞏 TAK | 🞏 NIE |  |
| Zapewnienie dostępności architektonicznej budynku, dostosowanej do specjalnych potrzeb ruchowych, jakich?………………………………….. | 🞏 TAK | 🞏 NIE |  |
| Zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku | 🞏 TAK | 🞏 NIE |  |
| Wstęp do budynku z psem asystującym | 🞏 TAK | 🞏 NIE |  |
| Specjalne potrzeby żywieniowe, jakie?.................................................. | 🞏 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** |  | | |