**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: spotkanie o charakterze doradczym dla podmiotów, które podjęły decyzję
o działaniach ukierunkowanych na utworzenie CUS**

**TERMIN: w przedziale czasowym sierpień 2023 r. - listopad 2023 r., dokładne terminy ustala doradca indywidualnie z** **podmiotem zainteresowany udzieleniem wsparcia**

**MIEJSCE: ustalane indywidualnie z podmiotami zainteresowanymi udzieleniem wsparcia - stacjonarnie w siedzibach OPS-ów**

|  |  |
| --- | --- |
| **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** |  |