**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 z niepełnościami, opiekunów środowiskowych lub asystentów/opiekunów osób starszych

**Panel teoretyczny**

**TERMIN:** 20 - 21 wrzesień 2023 r.; 05 - 06 październik 2023 r.; 12 - 13 październik 2023 r.; 18 – 19 październik 2023 r.

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

**Panel praktyczny**

**TERMIN:** przedział czasowyod22.09.2023 r.do 17.11.2023 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** |  |