# FORMULARZ REKRUTACYJNY NA WIZYTĘ STUDYJNĄ

**Projekt pn. „Społeczna Małopolska – koordynacja działań na rzecz włączenia społecznego w Małopolsce”**

realizowaną przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie.

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus,

Program Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027,

Priorytet IV Spójność Społeczna i Zdrowie,

Działanie 4.13 Wysokiej jakości system włączenia społecznego.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa/tytuł działania**  | Wizyta studyjna dotycząca prezentacji funkcjonujących na poziomie powiatu i miasta na prawach powiatu, rozwiązań podnoszących skuteczność pozyskiwania kandydatów na rodziców zastępczych, a także wspierających funkcjonowanie oraz rozwój rodzinnych form pieczy zastępczej, w tym szczególnie tych pozaobligatoryjnych i innowacyjnych realizowana w dniach 22-23.10.2024r.  |

1. **PODSTAWOWE INFORMACJE** (*wypełnia Kandydat/Kandydatka*)

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko**  |  |
| **Data urodzenia**  |  |
| **Stanowisko** |  |
| **Nr telefonu kontaktowego** |  |
| **Adres e-mail** |  |

1. **DANE PODMIOTU KIERUJĄCEGO KANDYDATA**(*wypełnia Kandydat/Kandydatka*)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa** |  |
| **Adres** |  |
| **Nr telefonu** |  |

1. **POTRZEBY KANDYDATA/KANDYDATKI ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ DZIAŁANIA** (*wypełnia Kandydat/Kandydatka*)

|  |  |
| --- | --- |
| **Potrzeba** | **Odpowiedź** |
| Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową. Proszę opisać jakiego dostosowania:………………………………………………………………………………………………………… | * TAK
* NIE
 |
| Zapewnienie tłumacza języka migowego | * TAK
* NIE
 |
| Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką. Proszę wskazać rozmiar czcionki:………………………………………………………………………………………………………… | * TAK
* NIE
 |
| Dostosowanie posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych. Proszę opisać jakich:………………………………………………………………………………………………………… | * TAK
* NIE
 |
| Pętla indukcyjna | * TAK
* NIE
 |
| Inne specyficzne potrzeby. Proszę opisać jakie:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | * TAK
* NIE
 |

1. **DODATKOWE INFORMACJE O KANDYDACIE/KANDYDATCE** (*wypełnia Kandydat/Kandydatka*)

|  |  |
| --- | --- |
| **Kandydat/Kandydatka należy do grupy docelowej projektu określonej w naborze** | * TAK
* NIE
 |
| **Zasadność potrzeby udziału w wizycie studyjnej** | *Czy Pani/Pan jest zatrudniona/y u ORPZ na terenie Małopolski?** Pracownik PCPR, MOPS, CUS, ORPZ- realizujący zadania z obszaru rodzinnej pieczy zastępczej
* Pracownik innego Podmiotu działającego w obszarze wspierania rodziny, systemu pieczy zastępczej oraz adopcji. Proszę wskazać jakiego

……………………………………………………….* Nie dotyczy
 |
| **Indywidualne uzasadnienie potrzeby udziału**  | *Proszę wskazać uzasadnienie potrzeby udziału w wizycie studyjnej w kontekście realizowanych zadań:* |

1. **OŚWIADCZENIA**
2. Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajanie prawdy, oświadczam, że **dane zawarte w niniejszym *Formularzu rekrutacyjnym* są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.**
3. Zapoznałem/am się z ***Regulaminem uczestnictwa w projekcie pn. Społeczna Małopolska - koordynacja działań na rzecz włączenia społecznego w Małopolsce*** oraz akceptuję jego treść.
4. Potwierdzam **wypełnienie wobec mnie obowiązku informacyjnego** **w zakresie przetwarzania** przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie (w tym w imieniu Instytucji Zarządzającej oraz Instytucji Pośredniczącej) **moich danych** osobowych niezbędnych do realizacji rekrutacji w ramach Projektu.

|  |  |
| --- | --- |
| .............................................. | .............................................. |
| Data | Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki |

1. **INFORMACJA O ODDELEGOWANIU PRZEDSTAWICIELA PODMIOTU** *(wypełnia osoba upoważniona do reprezentowania Podmiotu/Instytucji kierującej Kandydata/Kandydatkę)*

W sytuacji zakwalifikowania do udziału wyrażam zgodę na udział Pani/a …………………………………………………………………………………………………………………………

(*proszę wskazać imię i nazwisko Kandydata*) w dwudniowej wizycie studyjnej.

……………………………………………………..

Podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej do reprezentowania Podmiotu