# FORMULARZ REKRUTACYJNY NA SZKOLENIE

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

realizowany 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.

|  |  |
| --- | --- |
| **Wypełnia: REGIONALNY OŚRODEK POLITYKI SPOŁECZNEJ W KRAKOWIE** | |
| Data wpływu Formularza:  \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ dzień – miesiąc - rok | Podpis osoby przyjmującej Formularz: |

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa/ tytuł szkolenia | **Specjalizacja I stopnia w zawodzie pracownik socjalny** |

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

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

1. **DANE PODMIOTU KIERUJĄCEGO KANDYDATA/KANDYDATKĘ NA SZKOLENIE/PODMIOTU KTÓRY REPREZENTUJE KANDYDAT/KANDYDATKA** (*wypełnia Kandydat/Kandydatka*)

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Adekwatność szkolenia do wykonywanych obowiązków służbowych**  **(0-10 pkt)** | *Proszę opisać przydatność szkolenia w kontekście wykonywanych zadań na stanowisku pracownika socjalnego* |
| **Staż pracy na stanowisku pracownika socjalnego powyżej 15 lat**  **(+10 pkt)** | *Staż pracy na stanowisku pracownika socjalnego:*   * 2-15 lat * powyżej 15 lat |

1. **POTRZEBY KANDYDATA/KANDYDATKI ZWIĄZANE Z ORGANIZACJĄ SZKOLENIA** (*wypełnia Kandydat/ Kandydatka*)

W przypadku posiadania potrzeb należy je oznaczyć „X” w kolumnie „Zgłoszenie potrzeby” i opisać w kolumnie „Potrzeba”(jeśli dotyczy).

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

**Czy podczas szkolenia będzie konieczność zapewnienia zakwaterowania?**

*(Z zakwaterowania mogą skorzystać wyłącznie osoby, które mają miejsce zamieszkania poza miejscowością, w której odbywa się szkolenie. Deklarując chęć skorzystania z zakwaterowania Kandydat/Kandydatka oświadcza, że jego/miejsce zamieszkania znajduje się poza miejscowością, w której odbywa się szkolenie)*

* TAK
* NIE

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 ***Regulaminem uczestnictwa w studiach i specjalizacjach realizowanych w ramach projektu 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.
5. W przypadku zakwalifikowania do udziału we wsparciu w ramach Projektu po raz pierwszy zobowiązuję się do **przekazania danych i oświadczeń** określonych w *Kwestionariuszu Uczestnika/Uczestniczki Projektu*. Przyjmuję do wiadomości, że niedostarczenie ww. dokumentów będzie skutkować brakiem możliwości uczestnictwa w Projekcie.

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

1. **INFORMACJA O ODDELEGOWANIU PRZEDSTAWICIELA PODMIOTU** *(wypełnia osoba upoważniona do reprezentowania Podmiotu kierującego Kandydata/Kandydatkę na szkolenie)*

Potwierdzam, że Pan/i ……………………………………………………………………………………………………………

(*proszę wskazać imię i nazwisko Kandydata/Kandydatki*)

jest zatrudniony/a w ………………………………………………………………………………………………………………

(*proszę podać nazwę Podmiotu kierującego na szkolenie)*

na stanowisku ……………………………………………………………………………………………. tj. wykonuje zadania pracownika socjalnego.

|  |  |
| --- | --- |
| **Uzasadnienie potrzeby udziału w szkoleniu (0-10 pkt)**  **KRYTERIUM PUNKTOWANE** | *Proszę opisać korzyści jakie dla instytucji przyniesie udział w szkoleniu zgłoszonego Przedstawiciela/Przedstawicielki Podmiotu* |

W sytuacji zakwalifikowania do udziału wyrażam zgodę na udział w/w pracownika w szkoleniu w zakresie specjalizacji I stopnia w zawodzie pracownik socjalny.

……………………………………………………..

Podpis i pieczęć imienna  
osoby upoważnionej do reprezentowania Podmiotu