

ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA W SZKOLENIU

TEMAT SZKOLENIA	„Budowanie modelu pracy zespołowej w przedsiębiorstwach społecznych”
TRENER	Jerzy Krzywicki
MIEJSCE	Geovita Dźwirzyno, ul. Wyzwolenia 27, 78-131 Dźwirzyno
TERMIN (DATA, GODZINY)	16-17.09.2017r., godziny: (sobota) 09:30-18:15, (niedziela) 09:00-14:00

Zgłaszam swoje uczestnictwo w szkoleniu:

1.	IMIĘ (IMIONA)	
2.	NAZWISKO	
3.	INSTYTUCJA (nazwa)	
4.	ADRES INSTYTUCJI (adres do korespondencji)	POWIAT
		GMINA
		MIEJSCOWOŚĆ
		KOD POCZTOWY
		ULICA/ NR DOMU/ NR LOKALU
5.	TEL. KONTAKTOWY	
6.	ADRES E-MAIL	
7.	Status reprezentowanej instytucji	<input type="checkbox"/> Podmiot ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> Instytucja rynku pracy <input type="checkbox"/> Instytucja pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> Jednostka samorządu terytorialnego <input type="checkbox"/> Inne (jakie?)
8.	Ocena Pana/i wiedzy z proponowanego zakresu szkolenia	<input type="checkbox"/> podstawowy <input type="checkbox"/> średni <input type="checkbox"/> zaawansowany Krótkie uzasadnienie

9.	Pana/i oczekiwania w stosunku do zakresu proponowanego szkolenia	
10.	Zapotrzebowanie na dodatkowe wsparcie w szkoleniu	Dostosowanie do potrzeb osób niepełnosprawnych	<input type="checkbox"/> tak (jaki?) <input type="checkbox"/> nie
		Zwrot kosztów dojazdu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
		Opieka nad osobami zależnymi	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
		Potrzeby żywieniowe	<input type="checkbox"/> tak (jaki?) <input type="checkbox"/> nie
		Zakwaterowanie w pokojach 2 osobowych	Preferowana osoba w pokoju:

Wysyłając formularz zgłoszenia kandydat zobowiązuje się do pełnego uczestnictwa w szkoleniu we wskazanym terminie w pełnym wymiarze godzin.

O zakwalifikowaniu się na szkolenie Kandydaci/Kandydatki zostaną poinformowani e-mailem, faksem, telefonicznie lub osobiście.

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych do celów monitoringu oraz ewaluacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych – Dz. U. z 2002 r. , Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Data/...../.....r. (czytelny podpis)
--------------------------	----------------------------

Formularz można przesać faksem, e-mailem, pocztą lub dostarczyć osobiście do Biura Projektu:

Aktywa Plus Emilia Kowalska Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej
 ul. Cukrowa 8, pok. 921, 71-004 Szczecin
 e-mail: kontakt@aktywneowes.pl
 fax: 91 444 31 63.