

## ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA W SZKOLENIU

TEMAT SZKOLENIA	„Doskonalenie warsztatu lokalnych animatorów społecznych, czyli jak lepiej aktywizować lokalne społeczności”
TRENER	Michał Głuszyk
MIEJSCE	Geovita Mrzeżyno ul. Poczтовая 4, 72-330 Mrzeżyno
TERMIN (DATA, GODZINY)	23-24.09.2017r., godziny: (sobota) 09:30-18:30, (niedziela) 09:00-15:45

### 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 ..... ..... ..... .....	

"Sieć Zachodniopomorska Ośrodków Wspierania Ekonomii Społecznej  
- Ośrodek Wspierania Ekonomii Społecznej dla regionu szczecińskiego"

Aktywa Plus Emilia Kowalska

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.