Załącznik nr 5 do Regulaminu

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA SZKOLENIE KOMPETENCYJNE CUS**

NAZWA PROJEKTU: **Liderzy Kooperacji**

Projekt konkursowy realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój
2014-2020, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

|  |
| --- |
| **Formularz zgłoszeniowy wypełniony drukowanymi literami i podpisany należy przesłać**e-mailem (zeskanowane) na adres: marzena.bulinska@sejmik.kielce.pl**do dnia 12.04.2022 r. do godz. 11.00** (decyduje data wpływu zgłoszenia do ROPS w Kielcach).W razie pytań, prosimy o kontakt pod numerem telefonu: **41 342 18 74.** |
| **DANE GMINY**

|  |
| --- |
| **NAZWA**  |
|  |
| **ADRES** |
|  |
| **TELEFON** | **E-MAIL** |
|  |  |
| **KRYTERIA**  |
| Gmina w której CUS istnieje | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| Gmina planuje utworzyć CUS w 2022 r. | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| Gmina planuje utworzyć CUS w 2023 r. | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| Gmina uczestniczyła w Projekcie „Liderzy Kooperacji” | [ ]  TAK [ ]  NIE |

 |

………………………………………. ………………………………………...

Pieczątka instytucji Data i podpis prezydenta miasta/burmistrza/wójta

**MODUŁ I DANE OSOBY ZGŁOSZONEJ** **NA SZKOLENIE KOMPETENCYJNE CUS**

**z zakresu zarządzania i organizacji usług społecznych**

|  |
| --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO** |
|  |
| **STANOWISKO** |
|  |
| **TELEFON** | **E-MAIL** |
|  |  |
| **SPECJALNE POTRZEBY** (proszę w odpowiednim miejscu wpisać jakie, natomiast w przypadku wystąpienia pierwszych 2 specjalnych potrzeb proszę o ich telefoniczne zgłoszenie pracownikowi ROPS prowadzącemu rekrutację min. 3 dni robocze przed szkoleniem) |
| Przestrzeń dostosowana do specjalnych potrzeb ruchowych |  |
| Zapewnienie tłumacza języka migowego |  |
| Specjalne potrzeby żywieniowe |  |
| Inne |  |

**MODUŁ II DANE OSOBY ZGŁOSZONEJ** **NA SZKOLENIE KOMPETENCYJNE CUS**

**z zakresu opracowywania i realizacji indywidualnych planów usług społecznych**

|  |
| --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO** |
|  |
| **STANOWISKO** |
|  |
| **TELEFON** | **E-MAIL** |
|  |  |
| **SPECJALNE POTRZEBY** (proszę w odpowiednim miejscu wpisać jakie, natomiast w przypadku wystąpienia pierwszych 2 specjalnych potrzeb proszę o ich telefoniczne zgłoszenie pracownikowi ROPS prowadzącemu rekrutację min. 3 dni robocze przed szkoleniem) |
| Przestrzeń dostosowana do specjalnych potrzeb ruchowych |  |
| Zapewnienie tłumacza języka migowego |  |
| Specjalne potrzeby żywieniowe |  |
| Inne |  |

**MODUŁ III DANE OSOBY ZGŁOSZONEJ** **NA SZKOLENIE KOMPETENCYJNE CUS**

**z zakresu organizacji społeczności lokalnej**

|  |
| --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO** |
|  |
| **STANOWISKO** |
|  |
| **TELEFON** | **E-MAIL** |
|  |  |
| **SPECJALNE POTRZEBY** (proszę w odpowiednim miejscu wpisać jakie, natomiast w przypadku wystąpienia pierwszych 2 specjalnych potrzeb proszę o ich telefoniczne zgłoszenie pracownikowi ROPS prowadzącemu rekrutację min. 3 dni robocze przed szkoleniem) |
| Przestrzeń dostosowana do specjalnych potrzeb ruchowych |  |
| Zapewnienie tłumacza języka migowego |  |
| Specjalne potrzeby żywieniowe |  |
| Inne |  |

………………………………………. ………………………………………...

Pieczątka instytucji Data i podpis pracodawcy

**OŚWIADCZENIE\***

1. Ja, niżej podpisana/y potwierdzam uczestnictwo w szkoleniu kompetencyjnym CUS organizowanych w ramach projektu partnerskiego pn. „Liderzy kooperacji”. Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój - Działanie 2.5 "Skuteczna pomoc społeczna" - "Wypracowanie i wdrożenie modeli kooperacji pomiędzy instytucjami pomocy społecznej i integracji społecznej a podmiotami innych polityk sektorowych m.in. pomocy społecznej, edukacji, zdrowia, sądownictwa i policji".
2. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Liderzy kooperacji”. Projekt konkursowy realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Jestem świadoma/y, iż zgłoszenie się do udziału w szkoleniu kompetencyjnym nie jest równoważne
z zakwalifikowaniem.
4. Dane osobowe zawarte w formularzu zgłoszeniowym przetwarzane są w celu przeprowadzenia rekrutacji do ww. projektu zgodnie z art. 6 ust.1lit c) oraz art. 9 ust. 2 lit g) Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Mam prawo do żądania wglądu w swoje dane, do ich poprawienia, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
5. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych administratora wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl.
6. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione organom upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.
7. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej. W oparciu o dane Administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji w tym będących wynikiem profilowania.
8. Dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji zgodnie z właściwymi przepisami prawa.
9. Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.
10. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną i/lub elektroniczną (e-mail) w ramach organizowanego szkolenia kompetencyjnego CUS.

………………………………………. ………………………………………...

Miejscowość, data Podpis osoby zgłoszonej

\* oświadczenie składa każda zgłaszana osoba