



Data wpływu formularza

### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu „DLA RODZINY - doskonalenie zawodowe kadr systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej”

nr umowy POWR.02.08.00-00-0002/16-00

#### I. Dane personalne Kandydata/Kandydatki do projektu:

Imię											
Nazwisko											
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna										
Wiek											
Data i miejsce urodzenia											
PESEL											

<b>Adres zamieszkania:</b>			
Ulica:			
Nr domu:		Nr lokalu:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Gmina:		Powiat:	
Województwo:			
Telefon kontaktowy:			
Adres e-mail:			

<b>Poziom wykształcenia</b>	<input type="checkbox"/> brak lub niepełne podstawowe
	<input type="checkbox"/> podstawowe (na poziomie szkoły podstawowej)
	<input type="checkbox"/> gimnazjalne (gimnazjum)
	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (na poziomie szkoły średniej tj. wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)
	<input type="checkbox"/> pomaturalne/policealne (powyżej szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)
	<input type="checkbox"/> wyższe (tytuł licencjata, inżyniera lub równorzędny)



**II. Status Kandydata/Kandydatki do projektu:**

<b>Osoba bezrobotna</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Osoba bierna zawodowo</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Osoba pracująca</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>w tym:</b>	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne
<b>MIEJSCE PRACY</b>  PEŁNA NAZWA I ADRES PRACODAWCY	
<b>WYKONYWANY ZAWÓD</b>	

**III. Dodatkowe informacje:**

Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących <b>w tym:</b> w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Jestem osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Czy ma Pani/Pan <b>specjalne potrzeby</b> wynikające z niepełnosprawności związane z uczestnictwem w projekcie ? (np. przestrzeń dostosowana do potrzeb niepełnosprawności ruchowej, alternatywne formy materiałów, specjalne wyżywienie, inne...)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
.....	



**IV. Dodatkowe kryteria rekrutacji:**

Czy INSTYTUCJA, w której Pan/Pani jest zatrudniony/a, w okresie ostatniego roku, poprzedzającego dzień rozpoczęcia realizacji niniejszego projektu tj. 01.07.2017 r. brał/a udział w jakiegokolwiek formie podnoszącej kompetencje pracowników w zakresie Ustawy z dn. 09.06.2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy PAN/PANI w okresie ostatniego roku, poprzedzającego dzień rozpoczęcia realizacji niniejszego projektu tj. 01.07.2017 r. brał/a udział w jakiegokolwiek formie podnoszącej kompetencje pracowników w zakresie Ustawy z dn. 09.06.2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy jest Pan/Pani osobą pracującą w miejscowości poniżej 5 tysięcy mieszkańców?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

**V. Jestem zainteresowany/a udziałem w szkoleniach z obszarów tematycznych**

OBSZAR I - Szkolenia dla Kadry Kierowniczej	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
OBSZAR II - Szkolenia na temat budowania lokalnego systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej oraz pozyskiwania środków na ten cel	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
OBSZAR III - Szkolenia z zakresu stosowania prawa	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
OBSZAR IV - Szkolenia kompetencji osób bezpośrednio pracujących z Dziećmi i Rodzinami	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
OBSZAR V - Szkolenia dla organów kontrolnych Wojewody	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
OBSZAR VI - Szkolenia dla służb współpracujących i tworzących system wspierania Rodziny i pieczy zastępczej oraz adopcji	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

**Preferowane tematy szkoleń (proszę wpisać)**  
.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu zgłoszeniowym dla potrzeb rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „DLA RODZINY - doskonalenie zawodowe kadr systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.) przez **Stowarzyszenie SOS dla Rodziny**, Partnerów projektu oraz inne podmioty bezpośrednio związane z realizacją projektu w zakresie niezbędnym do realizowanych przez nich zadań w projekcie, a także w zakresie niezbędnym do wywiązywania się **Stowarzyszenia SOS dla Rodziny** i Partnerów projektu z obowiązków wobec Instytucji Zarządzającej i Instytucji Pośredniczącej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 wynikających z realizacji projektu na podstawie umowy nr POWR.02.08.00-00-0002/16-00.

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń i podanie fałszywych danych potwierdzam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą i zobowiązuję się w terminie 3 dni roboczych o niezwłocznym poinformowaniu **Stowarzyszenia SOS dla Rodziny** o wszelkich zmianach.

Administratorem moich danych osobowych jest Minister Rozwoju, mający siedzibę przy Placu Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.

Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Oświadczam, że zapoznałem/lam się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki.

..... MIEJSCOWOŚĆ I DATA	..... CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU
-----------------------------	----------------------------------------------