**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**DO PROJEKTU „ZROZUMIENIE, KOMUNIKACJA, WSPARCIE – SZKOLENIA DLA OTOCZENIA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”**

dofinansowanego z funduszy PFRON w ramach zadań wynikających z art. 36 ustawy

z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych – konkurs nr 1/2022 „Działamy razem”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Imię i nazwisko uczestnika projektu |  |
|  | Adres zamieszkania |  |
|  | Województwo  | * warmińsko-mazurskie
* pomorskie
* kujawsko-pomorskie
* mazowieckie
* podlaskie
 |
|  | PESEL |  |
|  | Numer telefonu |  |
|  | Adres e-mail |  |
|  | Status uczestnika projektu | * Rodzic/opiekun prawny osoby niepełnosprawnej
* Pracownik organizacji zajmującej się osobami z niepełnosprawnością
* Wolontariusz organizacji zajmującej się osobami z niepełnosprawnością
 |
|  | Stopień niepełnosprawności podopiecznego *(lub podopiecznych w przypadku pracowników i wolontariuszy organizacji zajmujących się osobami z niepełnosprawnością)* | * znaczny
* umiarkowany
* lekki
 |
|  | Imię i nazwisko oraz wiek podopiecznego *(wypełniają rodzice/opiekunowie prawni osób niepełnosprawnych)* |  |
|  | Nazwa i adres organizacji, w której zatrudniony jest uczestnik projektu *(wypełniają pracownicy i wolontariusze organizacji zajmujących się osobami z niepełnosprawnością)* |  |
|  | Proszę o wskazanie pytań, na które chciałaby Pani/chciałby Pan uzyskać odpowiedź podczas szkoleń |  |

🞎 Niniejszym oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i udziału w szkoleniach
w ramach projektu „ZROZUMIENIE, KOMUNIKACJA, WSPARCIE – SZKOLENIA DLA OTOCZENIA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” i akceptuję jego warunki.

🞎 Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Realizatora projektu do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, szkolenia, ewaluacji oraz monitoringu i sprawozdawczości projektu.

Wykaz **niezbędnych załączników** znajduje się na stronie internetowej Realizatora projektu: <https://wamacoop.pl/aktualnosci/>. Prosimy o ich przesłanie na adres: Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Spółdzielczości i Przedsiębiorczości Lokalnej WAMA-COOP, ul. Mickiewicza 21/23, 10-508 Olsztyn.

………………………………………………………………..

Data i czytelny podpis uczestnika projektu