Załącznik nr 5 do Regulaminu uczestnictwa i korzystania ze wsparcia

w ramach projektu „ŚWIĘTOKRZYSKA EKONOMIA SPOŁECZNA”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**NA WARSZTATY WYJAZDOWE (WIZYTĘ STUDYJNĄ)**

**PN. „WIOSKI TEMATYCZNE JAKO SZANSA ROZWOJU PRZEDSIĘBIORCZOŚCI SPOŁECZNEJ NA TERENACH WIEJSKICH”**

**TERMIN**: 04-06 PAŹDZIERNIKA 2017 r.

**MIEJSCE:** WOJEWÓDZTWO WARMIŃSKO-MAZURSKIE

**U W A G A! LICZBA MIEJSC OGRANICZONA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Formularz zgłoszeniowy czytelnie wypełniony i podpisany należy przesłać** e-mailem (zeskanowany) na adres: [magdalena.skora@sejmik.kielce.pl](mailto:magdalena.skora@sejmik.kielce.pl); dostarczyć osobiście lub wysłać pocztą na adres: Al. IX Wieków Kielc 3,  25-516 Kielce (Budynek C2, pok. 311- sekretariat).  W razie pytań prosimy o kontakt pod numerem telefonu 41/ 342 11 80. Osobą odpowiedzialną za rekrutację jest **Magdalena Skóra** | |
|  |

**DANE INSTYTUCJI ZGŁASZAJĄCEJ PRACOWNIKA DO UDZIAŁU W WIZYCIE STUDYJNEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWA INSTYTUCJI** | |
|  | |
| **ULICA** | **NR LOKALU** |
|  |  |
| **KOD POCZTOWY** | **MIEJSCOWOŚĆ** |
|  |  |
| **TELEFON** | **E-MAIL** |
|  |  |

**DANE OSOBY ZGŁOSZONEJ DO UDZIAŁU W WIZYCIE STUDYJNEJ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO** | **STANOWISKO** |
|  |  |
| **TELEFON KONTAKTOWY (stacjonarny lub komórkowy)** | **E-MAIL** | |
|  |  | |
| **SPECJALNE POTRZEBY WYNIKAJĄCE Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (proszę w odpowiednim miejscu wpisać jakie)** | | |
| Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych |  | |
| Alternatywne formy materiałów szkoleniowych |  | |
| Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie |  | |
| Specjalne wyżywienie |  | |
| Inne |  | |

**1. Ja, niżej podpisana/y potwierdzam uczestnictwo w warsztatach wyjazdowych (wizycie studyjnej) organizowanej   
w ramach projektu „*Świętokrzyska Ekonomia Społeczna*” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej   
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020,   
Oś Priorytetowa 9 - „*Włączenie społeczne i walka z ubóstwem", Działanie 9.3 „Wspieranie ekonomii i przedsiębiorczości społecznej w celu ułatwienia dostępu do zatrudnienia",* Poddziałanie 9.3.2 „*Koordynacja działań na rzecz ekonomii społecznej*".**

**2**. **Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem uczestnictwa i korzystania ze wsparcia w ramach projektu „ŚWIĘTOKRZYSKA EKONOMIA SPOŁECZNA”.**

**3. Jestem świadoma/my, iż zgłoszenie się do udziału w warsztatach wyjazdowych (wizycie studyjnej) nie jest   
równoznaczne z zakwalifikowaniem.**

**4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia rekrutacji i organizacji warsztatów wyjazdowych (wizyty studyjnej), monitoringu   
i ewaluacji projektu zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r.,   
poz. 922). Osoby, których dotyczą, mają prawo wglądu w swoje dane i do ich poprawienia pod adresem Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego w Kielcach.**

**5. Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego, dla celów promocyjnych związanych z realizacją projektu „Świętokrzyska Ekonomia Społeczna”. Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, iż fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas warsztatów wyjazdowych (wizyty studyjnej) mogą zostać umieszczone na stronie internetowej ROPS lub innej przez niego zarządzanej oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych, także rozpowszechniane w tym celu za pomocą mediów tradycyjnych i elektronicznych.**

**6. Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.**

**7. Oświadczam, że tematyka warsztatów jest adekwatna do zajmowanego stanowiska i wykonywanych obowiązków.**

**8. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail) informacji dotyczących warsztatów wyjazdowych (wizyty studyjnej).**

**………………………. ………………………………………**

**Data Podpis uczestnika**

**DATA WPŁYWU FORMULARZA: …………………....................................................................................................**

**/wypełnia Projektodawca – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej UM/**