FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w szkoleniu przygotowującym do roli edukatora

Prosimy o wypełnienie i odesłanie formularza zgłoszeniowego na adres e-mail: k.sobon@otwartedrzwi.pl, fax. 22 619 85 01 lub złożenie osobiste: w Sekretariacie Stowarzyszenia Otwarte Drzwi, ul. Targowa 82, 03-448 Warszawa.

Potwierdzenie udziału w szkoleniach zostanie przekazane droga telefoniczną wraz z informacjami organizacyjnymi.

Część I: WYPEŁNIA KANDYDAT (proszę o podanie danych drukowanymi literami)

Proszę o zakwalifikowanie mnie do udziału w szkoleniu przygotowującym do roli edukatorów, realizowanym w ramach projektu „Warszawski zintegrowany model wsparcia środowiskowego osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną – testowanie i wdrażanie modelu” współfinansowanego ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020.

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko:** |  |
| **Nr tel./e-mail:** |  |
| **Jestem osobą pełnoletnią, z niepełnosprawnością intelektualną** | TAK / NIE\* |
| **Jestem rodzicem/opiekunem/członkiem rodziny\* dorosłej osoby z niepełnosprawnością intelektualną** | TAK / NIE\* |
| **Powód, dla którego Pan/i chce uczestniczyć w/wszkoleniu (krótki opis):** |
|  |

\* niepotrzebne skreślić

* Wysyłając formularz zgłoszenia, zobowiązuję się do uczestnictwa w szkoleniu w wymiarze godzin określonych w programie i zasadach uczestnictwa w szkoleniu we wskazanych terminach.
* Wyrażam zgodę na otrzymywanie za pośrednictwem poczty elektronicznej i telefonii komórkowej informacji dotyczących działań szkoleniowych prowadzonych przez Stowarzyszenie Otwarte Drzwi, a także w celu dokonania ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości tych działań.
* Rozumiem odpowiedzialności karną (wynikającą z art. 233 Kodeksu Karnego) za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oraz potwierdzam prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji.
* Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i udziału w szkoleniu i w pełni go akceptuję.

Wyjaśniono mi znaczenie powyższych zapisów językiem dla mnie zrozumiałym i zgadzam się z nimi.

………………………………… ………………………………………………..

 (Miejscowość, data) (Czytelny podpis Kandydata/ki)

W razie pytań prosimy o kontakt: Katarzyną Soboń (koordynatorem merytorycznym) - tel. 570 705 488, e-mail: k.sobon@otwartedrzwi.pl

**Cześć II: WYPEŁNIA ORGANIZATOR SZKOLEŃ (kwalifikacja na szkolenia)**

|  |
| --- |
| **Opinia Komisji Kwalifikacyjnej**  |
| 1. zakwalifikowano
2. zakwalifikowano do grupy rezerwowej
3. nie zakwalifikowano (\*) z powodu ……………………………………………………
 | **…………………………………………………**/data i podpis Przewodniczącego Komisji/ |

\* niepotrzebne skreślić