|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA W SZKOLENIU**

|  |  |
| --- | --- |
| TEMAT SZKOLENIA | "Źródła finansowania i metody pozyskiwania środków na działania podmiotów ekonomii społecznej"- dwudniowy cykl szkoleń  |
| TRENER | Anna Łukomska Dziedzic, Mirosław Pawlak |
| MIEJSCE | KARR S.A., ul. Przemysłowa 8, 75-216 Koszalin |
| TERMIN (DATA, GODZINY) | 1-2 grudnia 2016  |

**Zgłaszam swoje uczestnictwo w szkoleniu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | IMIĘ (IMIONA) |  |
| **2.** | NAZWISKO |  |
| **3.** | INSTYTUCJA (nazwa) |  |
| **4.**  | ADRES INSTYTUCJI (adres do korespondencji) | POWIAT |  |
| GMINA |  |
| MIEJSCOWOŚĆ |  |
| KOD POCZTOWY |  |
| ULICA/ NR DOMU/ NR LOKALU |  |
| **5.** | TEL. KONTAKTOWY |  |
| **6.** | ADRES E-MAIL |  |
| **7.** | Status reprezentowanej instytucji |  Podmiot ekonomii społecznej Instytucja rynku pracy Instytucja pomocy i integracji społecznej Jednostka samorządu terytorialnego Inne (jakie?) …………………………… |
| **8** | Ocena Pana/i wiedzy z proponowanego zakresu szkolenia |  podstawowy średni zaawansowanyKrótkie uzasadnienie.……………………………………………………………………………..............................……………………………………………………………………………..............................……………………………………………………………………………............................. |
| **9** | Pana/i oczekiwania w stosunku do zakresu proponowanego szkolenia | ……………………………………………………………………………..............................……………………………………………………………………………..............................……………………………………………………………………………............................. |
| **10** | Zapotrzebowanie na dodatkowe wsparcie w szkoleniu | Dostosowanie do potrzeb osób niepełnosprawnych | * tak

(jakie? ………………….………………………………………)* nie
 |
| Zwrot kosztów dojazdu | * tak
* nie
* nie dotyczy
 |
| Opieka nad osobami zależnymi | * tak
* nie
* nie dotyczy
 |
| Potrzeby żywieniowe | * tak

(jakie? ………………….………………………………………)* 
 |

 |

1. Wysyłając formularz zgłoszenia kandydat zobowiązuje się do pełnego uczestnictwa w szkoleniu we wskazanym terminie w pełnym wymiarze godzin.
2. O zakwalifikowaniu się na szkolenie Kandydaci/Kandydatki zostaną poinformowani e-mailem, faksem, telefonicznie lub osobiście.

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych do celów monitoringu oraz ewaluacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020n (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych
– Dz. U. z 2002 r. , Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

 (miejscowość, data) ( czytelny podpis)

Formularz można przesłać faksem, e-mailem, pocztą lub dostarczyć osobiście do:

**Biura Projektu mieszczącego się w Koszalinie ul. Przemysłowa 8**

**nr tel. 537 007 336**

**strona www** [www.owes.koszalin.pl](http://www.owes.koszalin.pl)

**adres e-mail** sekretariat@owes.koszalin.pl