|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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   zaawansowany  Krótkie 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](mailto:sekretariat@owes.koszalin.pl)