****

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

**do udziału w wizycie studyjnej w ramach projektu**

**„Niezależne życie - wypracowanie standardu**

**i przeprowadzenie pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych”**

realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020   
Oś priorytetowa II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji,

Działania 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zgłoszenie do udziału w:** | | |
| □ Niemcy 27-28-29-30 listopada 2018 r.  □ Szwecja 3-4-5-6 grudnia 2018 r. | | |
| **DANE OSOBOWE I DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA PROJEKTU** | | |
| 1 | Imię |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | PESEL |  |
| 4 | Data urodzenia |  |
| 5 | Nr dowodu osobistego |  |
| 6 | Nr telefonu |  |
| 7 | Nazwa instytucji (o ile dotyczy) |  |
| 8 | NIP (instytucji) |  |
| 9 | Typ instytucji\* | * Jednostka administracji rządowej * Jednostka samorządu terytorialnego (bez szkół  i placówek oświatowych) * Organizacja pozarządowa * Ośrodek wsparcia ekonomii społecznej * Placówka systemu oświaty * Podmiot ekonomii społecznej * Prokuratura * Sądy powszechne * Szkoła * Uczelnia lub jednostka organizacyjna uczelni * Inne (jakie?)………………………………………………… |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | | |
| 10 | Województwo |  |
| 11 | Powiat |  |
| 12 | Gmina |  |
| 13 | Miejscowość |  |
| 14 | Ulica zamieszkania |  |
| 15 | Nr budynku |  |
| 16 | Numer lokalu |  |
| 17 | Kod pocztowy |  |
| 18 | Specjalne potrzeby | * Dostosowanie przestrzeni w związku  z niepełnosprawnością ruchową?   Jeśli TAK, proszę opisać jakie:  .…………………………………………………………………  .…………………………………………………………………   * Zapewnienie tłumacza języka migowego * Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką * Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych?   Jeśli TAK, proszę opisać jakie:  .…………………………………………………………………   * Inne specjalne potrzeby? Jeśli TAK, proszę opisać jakie:   .………………………………………………………………… |
| **OŚWIADCZENIA** | | |
| |  |  | | --- | --- | | Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że składanie oświadczeń niezgodnych ze stanem faktycznym podlega odpowiedzialności.  Potwierdzam, że zostałam/em poinformowana/y, że ww. projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.  **Data Podpis osoby zgłaszającej się**  .......................................... ………………………………………………………….. | **Podpis osoby zgłaszającej się**  ............................................... | | | |
| Wyrażam zgodęna uczestnictwo Pani/a …………………………………………………………….. w wizycie studyjnej organizowanej w ramach projektu pt.: ***„Niezależne życie - wypracowanie standardu i przeprowadzenie pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych”***, realizowanego przez Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi\*.  Oświadczam, iż ww. osoba jest pracownikiem:  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  (nazwa instytucji)  Podpis i pieczęć  imienna przełożonego ………………………………………………Pieczęć instytucji …………………………………………... | | |

\* Pozycja jest wypełniania w przypadku osoby zatrudnionej.