Załącznik nr 2 do Regulaminu do projektu

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO SZKOLENIA STACJONARNEGO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł projektu** | **Wolontariusze na rzecz profilaktyki w chorobach otępiennych** |
| **Okres realizacji**  | **od 01.09.2023 do 30.09.2024** |
| **Oferent**  | **Narodowy Instytut Wolności – Centrum Społeczeństwa Obywatelskiego** |
| **Realizujący projekt** | **Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem oddział w Tarnowie** |

|  |
| --- |
| **I. DANE KANDYDATA:** |
|  | Imię i nazwisko |  |
|  | Płeć (proszę zaznaczyć x we właściwymmiejscu) | ❑ Kobieta ❑ Mężczyzna |

|  |
| --- |
| **II. DANE ADRESOWE KANDYDATA** |
|  | Powiat  |  |
|  | Gmina  |  |
|  | Miejscowość  |  |
|  | Ulica [[1]](#footnote-1) |  |
|  | Numer budynku/ lokalu |  |
|  | Kod pocztowy |  |
|  | Telefon kontaktowy  |  |
|  | Adres e-mail |  |

|  |
| --- |
| **III. KRYTERIA KWALIFKUJĄCE** |
|  | ukończyłam/em szkolenie on-line uzyskując minimum 60% prawidłowych odpowiedzi[[2]](#footnote-2) | ❑ Tak ❑ Nie |

|  |
| --- |
| **III. KRYTERIA PREMIUJĄCE** |
| Jestem osobą: | Liczba pkt |
|  | działającą w organizacjach senioralnych (pkt 5) | ❑ Tak  | ❑ Nie |  |
|  | działającą w NGO (pkt 5) | ❑ Tak  | ❑ Nie |  |
|  | działającą w instytucjach takich jak policja, JST, Miejskie Ośrodki Pomocy Społecznej (pkt 5) | ❑ Tak  | ❑ Nie |  |
|  | która w rodzinie miała przypadki chorób otępiennych (pkt 5) | ❑ Tak  | ❑ Nie |  |
|  | w wieku powyżej 40 roku życia (pkt 5) | ❑ Tak  | ❑ Nie |  |
|  | która ma styczność z osobami zagrożonymi/dotkniętymi chorobami otępiennymi (pkt 5) | ❑ Tak  | ❑ Nie |  |
| **RAZEM:** |  |

|  |
| --- |
| Ja, niżej podpisany/a pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą: ❑ wyrażam wolę uczestniczenia w projekcie „Wolontariusze na rzecz profilaktyki w chorobach otępiennych”  realizowanym w ramach zadania publicznego, o którym mowa w art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r.  o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2022 r. poz. 1327 z późn. zm.)❑ Oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w ww. szkoleniu❑ Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem projektu oraz Zasadami rekrutacji do szkolenia i akceptuję ich warunki[[3]](#footnote-3).❑ Oświadczam, że wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.❑ Oświadczam, że zostałem poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Narodowego Instytutu  Wolności- Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego ❑ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu monitoringu i ewaluacji projektu.❑ Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail).❑ Wyrażam zgodę na weryfikację przez personel projektu danych zawartych w formularzu rekrutacyjnym w uprawnionych do tego instytucjach.  |
| Data | Czytelny podpis Kandydata  |
|  |  |

1. W przypadku **braku ulicy** wpisać miejscowość [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku zaznaczenia odpowiedzi przeczącej, kandydat z przyczyn formalnych nie może ubiegać się o uczestnictwo w szkoleniu stacjonarnym [↑](#footnote-ref-2)
3. Regulamin projektu zamieszczony na stronie https://www.wspierajmarzenia.pl/ oraz w siedzibie Realizatora projektu [↑](#footnote-ref-3)