**Załącznik nr 13**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**do udziału w szkoleniu**

w ramach projektu

„Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej subregionu gorzowskiego”

realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (PO KL)

Priorytet VII Promocja integracji społecznej

Działanie 7.2 Przeciwdziałanie wykluczeniu i wzmacnianie sektora ekonomii społecznej

Poddziałanie 7.2.2 Wsparcie ekonomii społecznej

**Prosimy o wypełnienie formularza, podpisanie i dostarczenie go do siedziby OWES w formie elektronicznej lub papierowej.**

[ ]  **Szkolenie jednodniowe otwarte**

[ ]  **Dwudniowe szkolenia otwarte**

[ ] **Dwudniowe szkolenia specjalistyczne dla pracowników PES oraz pracowników otoczenia ES**

[ ]  **Szkolenia dwudniowe połączone z wizytą studyjną**

[ ]  **Dwudniowe Szkolenie z wizytą studyjną dla wójtów i burmistrzów**

[ ]  **Szkolenia dwudniowe dla grup interdyscyplinarnych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zgłaszam uczestnictwo w szkoleniu jako:** | **□ osoba fizyczna** | **□ reprezentant instytucji / podmiotu** |

**W przypadku zaznaczenia *osoby fizycznej*, proszę o wypełnienie pkt A. W przypadku zaznaczenia opcji: *reprezentant instytucji / podmiotu* proszę o wypełnienie pkt. B.**

**A. Dla osoby fizycznej**

|  |
| --- |
| **Termin i miejsce szkolenia: ………………………………………………………………** |
| **Dane podstawowe** | **Lp.** | **Dane**  |
| 1. | Imię i nazwisko |  |
| **Adres zamieszkania** |
| 2. | Województwo: |  |
| 3 | Miejscowość: |  |
| 4 | Kod pocztowy: |  |
| 5 | Ulica  |  |
| 6 | Numer domu / lokalu: |  |
| **Status:** | □ bezrobotny, w tym □ długotrwale bezrobotny□ nieaktywny zawodowo□ zatrudniony |
| **Telefon:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Oczekiwania z udziału w szkoleniu:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………………….miejscowość, data |  | ……………………………………….podpis |

**B. Dla reprezentanta (ów) instytucji / podmiotu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa reprezentowanej organizacji/instytucji:** |  |
| **Adres siedziby**  | **Województwo:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Ulica i numer lokalu:** |  |
| **Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe** | 1.2.3.4.5. |
| **Osoba do kontaktu:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **Adres e-mail osoby do kontaktu:** |  |
| **Termin i miejsce szkolenia:** |  |
| **Oczekiwania z uczestnictwa w szkoleniu:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………………….miejscowość, data | ……………………………………….pieczęć podmiotu  | ……………………………………….pieczątka i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji podmiotu |