**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

**„KOMPETENTNI DLA POTRZEBUJĄCYCH”**

**-** kursy podnoszące kompetencje i kwalifikacje członków rodzin osób niepełnosprawnych, opiekunów, kadry i wolontariuszy pracujących z osobami niepełnosprawnymi.

1…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko osoby

2. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres, telefon, e-mail osoby/instytucji

3. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Organizacja (w przypadku osób pracujących w instytucjach, organizacjach pozarządowych)

4. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Miejsce zamieszkania

5. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Doświadczenie zawodowe i/lub osobiste w pracy z osobami z niepełnosprawnością

**Zainteresowanie szkoleniami:**

(Proszę zaznaczyć, jakim szkoleniem jest Pan/i zainteresowany/a (można zaznaczyć jeden kurs)

**Kurs ”Asystent osoby z niepełnosprawnością” – 80 godz.** (68 godz. e-learning oraz 12 godz. zajęć stacjonarnych)/**70 zł**

**edycja I - od 11.07.20222 do 01.09.2022**

**edycja II – od 12.09.2022 do 10.11.2022**

**Kurs „Trener pracy”- 52 godz.** (21 godz. e-learning, 28 godz. zajęcia stacjonarne oraz 3 godz. szkolenie stanowiskowe)/**70 zł**

**edycja I – od 12.09.2022 do 30.10.2022**

**edycja II – od 03.10.2022 do 18.11.2022**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Uzasadnienie wyboru szkolenia / plan wykorzystania nabytych na szkoleniu umiejętności

Deklaruję gotowość uczestnictwa w ww. kursie, zobowiązuję się do utrzymania 80% frekwencji na zajęciach oraz do uiszczenia opłaty za kurs.

…………………………………….

Podpis

Deklaruję gotowość / nie deklaruję gotowości przystąpienia do egzaminu zewnętrznego i uzyskania po jego zdaniu kwalifikacji zawodowych. Dodatkowa opłata za egzamin wynosi 190 – 200 zł (w zależności od ilości chętnych) (Opcja nieobowiązkowa, niewłaściwe skreślić)

…………………………………….

Podpis

Szczegółowe terminy oraz miejsce zajęć stacjonarnych zostaną podane uczestnikom po zrekrutowaniu grup uczestników. Liczba miejsc na szkoleniu – 1 gr. – 8 – 10 os.

Wypełnione formularze należy składać **osobiście** w siedzibie Fundacji Manufaktura Inicjatyw we Wrocławiu, ul. Curie-Skłodowskiej 55/61, lok. 405, 406 lub w biurze Fundacji w Dzierżoniowie, ul. Świdnicka 24 **lub e-mailem** na adres **rekrutacja@manufakturainicjatyw.pl**, do:

**Kurs „Asystent osoby z niepełnosprawnością”**

- edycja I – **10.07.2022**

- edycja II – **11.09.2022**

**Kurs „Trener Pracy”**

- edycja I – **11.09.2022**

- edycja II –**02.10.2022**

**OŚWIADCZENIE**:

* Administratorem Pani/a danych osobowych jest Fundacja Manufaktura Inicjatyw ul. Curie-Skłodowskiej 55/61, lok. 405,406, 50-369 Wrocław
* W sprawach związanych z Pani/a danymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, e-mail: biuro@manufakturainicjatyw.pl.
* Dane będą przetwarzane w celu realizacji zadania pn. „”Kompetentni dla potrzebujących” – kursy podnoszące kompetencje i kwalifikacje opiekunów, wolontariuszy i osób pracujących z osobami z niepełnosprawnością” na podstawie art. 6, ust. 1, lit. b Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (RODO).
* Dane mogą być udostępniane Urzędowi Marszałkowskiemu oraz szkoleniowcom, doradcom i innym specjalistom udzielającym wsparcia w celu prawidłowej realizacji usług.
* Dane będą przechowywane do dnia 31.12.2027r.
* Dane nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy ani organizacji międzynarodowej.
* Ma Pan/i prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
* Ma Pan/i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, a w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych do jej wycofanie oraz przenoszenia danych.
* Przysługuje Pani/u prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego: Prezesa Urzędu Ochrony Danych.

…………………………………….

Podpis