



Załącznik nr 1 do Regulaminu uczestnictwa we wdrażaniu modelu FCP w ramach projektu „Family Constellation Program” POWR.04.03.00-00-0067/18

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Uwaga: Przed rozpoczęciem wypełniania niniejszego formularza należy zapoznać się z Regulaminem uczestnictwa i dokumentacją projektową znajdującą się na stronie Projektu oraz w Biurze Projektu: ul. Sieradzka 4c, 60-163 Poznań.

Formularz Zgłoszeniowy powinien być wypełniony elektronicznie, wydrukowany lub wypełniony ręcznie pismem drukowanym, w języku polskim, czytelnie podpisany imieniem i nazwiskiem Kandydata/cki w wyznaczonym miejscu oraz opatrzony pieczęcią instytucji i podpisem osoby/osób upoważnionej/ych do podejmowania wiążących decyzji/zobowiązań w imieniu danego podmiotu/instytucji zgłaszającej pracownika do udziału w projekcie.

Należy wypełnić wszystkie wymagane pola w formularzu zgłoszeniowym.

DANE INSTYTUCJI ZGŁASZAJĄCEJ PRACOWNIKA DO UDZIAŁU W WDRAŻANIU MODELU FCP		
NALEŻY UZPEŁNIĆ DANE INSTYTUCJI, W KTÓREJ PANI/PAN PRACUJE		
1. Pełna nazwa instytucji		
2. NIP	3. REGON	
4. Ulica	5. Nr budynku	6. Nr lokalu
7. Miejscowość	8. Kod pocztowy _ _ - _ _ _	
9. Gmina	10. Powiat	
11. Województwo		
Główny obszar działalności instytucji na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie		
<input type="checkbox"/> działania interwencyjne w ramach procedury Niebieskiej Karty		
<input type="checkbox"/> działania pomocowe/współpraca ze służbami interwencyjnymi w ramach procedury Niebieskiej Karty		
<input type="checkbox"/> inne działania wspierające/pomocowe/współpraca w zakresie profilaktyki przemocy w rodzinie (np. programy edukacyjne, programy pomocowe dla ofiar przemocy w rodzinie, programy reedukacji sprawców przemocy itp.) – proszę krótko scharakteryzować działania:		
NALEŻY WYBRAĆ OBSZAR DZIAŁANIA INSTYTUCJI W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIE PRZEMOCY W RODZINIE		
.....		
.....		
.....		



Okres działalności instytucji/podmiotu na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie*

- min. 3 lata
 od 3 do 5 lat
 powyżej 5 lat

* wymagany okres działalności – minimum 3 lata

NALEŻY WYBRAĆ OKRES DZIAŁALNOŚCI
INSTYTUCJI, ZGŁASZAJĄCEJ PANA/PANIĄ
W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA

Teren działalności instytucji/podmiotu na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie

- województwo
 powiat (lub miasto na prawach powiatu)
 gmina miejska
 gmina miejsko-wiejska
 gmina wiejska

NALEŻY ZAZNACZYĆ
OBSZAR DZIAŁANIA
INSTYTUCJI

OSOBA UPOWAŻNIONA DO REPREZENTOWANIA INSTYTUCJI *

1. Imię NALEŻY WPISAĆ DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO REPREZENTOWANIA
INSTYTUCJI NP. DYREKTOR SZKOŁY, DYREKTOR PLACÓWKI
2. Nazwisko
3. Stanowisko
4. Telefon kontaktowy
5. Adres e-mail

* do formularza zgłoszeniowego należy załączyć pisemne upoważnienie do reprezentowania instytucji

PRACOWNIK INSTYTUCJI ZGŁOSZONY DO UDZIAŁU WE WDRAŻANIU MODELU FCP

1. Imię NALEŻY WPISAĆ DANE PRACOWNIKA INSTYTUCJI,
ZGŁOSZONEGO DO UDZIAŁU W SZKOLENIU
2. Nazwisko
3. Płeć: kobieta mężczyzna
4. Nr PESEL:/ Data urodzenia
5. Forma zatrudnienia pracownika:
 umowa o pracę
 inna forma – proszę podać jaką:
6. Stanowisko:
7. Staż pracy pracownika*:
 2-3 lata powyżej 3 lat
NALEŻY WYBRAĆ I UDOKUMENTOWAĆ (NP. OŚWIADCZENIEM Z DZIAŁU KADR)
OKRES DZIAŁALNOŚCI PANA/PANI W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA PRZEMOCY
W RODZINIE W INSTYTUCJI ZGŁASZAJĄCEJ PANA/PANIĄ DO PROGRAMU
- * do formularza zgłoszeniowego należy załączyć zaświadczenie o stażu pracy (od aktualnego pracodawcy – zaświadczenie o zatrudnieniu, świadectwo pracy). Staż pracy pracownika musi wynosić min. 2 lata.
8. Wykształcenie:
 wyższe, kierunkowe (psychologia, pedagogika, resocjalizacja, praca socjalna)
 wyższe, inny kierunek – proszę podać jakie:
9. Doświadczenie zawodowe w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie: *
 2-3 lata
 powyżej 3 lat



* do formularza zgłoszeniowego należy załączyć oświadczenia/zaświadczenia lub inne dokumenty (np. świadectwa, certyfikaty) poświadczające doświadczenie zawodowe w obszarze tematycznym projektu. Wymagane jest min. 2 lata doświadczenia w obszarze tematycznym projektu.

10. Orzeczenie o niepełnosprawności: tak ** nie

** do formularza zgłoszeniowego należy załączyć orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia

11. Doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi i/lub osobami w wieku powyżej 65 lat: tak ** nie

** do formularza zgłoszeniowego należy załączyć oświadczenia/zaświadczenia lub inne dokumenty (np. świadectwa, certyfikaty) poświadczające doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi i/lub osobami w wieku 65 lat.

DANE TELEADRESOWE PRACOWNIKA SKIEROWANEGO DO WDRAŻANIA MODELU FCP

1. Ulica 2. Nr domu 3. Nr lokalu

4. Miejscowość 5 Kod pocztowy _ _ - _ _ _

6. Gmina 7. Powiat

8. Województwo

9. Nr telefonu

10. Adres e-mail

NALEŻY UZUPEŁNIĆ DANE
PRACOWNIKA, BIORĄCEGO
UDZIAŁ W SZKOLENIU

DEKLARACJA UCZESTNICTWA INSTYTUCJI WE WDRAŻANIU MODELU FCP

Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania instytucji, którą reprezentuję, do udziału w projekcie „Family Constellation Program”, finansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej IV. Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, Działanie 4.3 Współpraca ponadnarodowa, deklaruję przystąpienie do uczestnictwa we wdrażaniu modelu FCP, w procesie wymiany informacji i stałej współpracy z Beneficjentem projektu – GRUPA PROFESJA Sp. z o.o., ul. Sieradzka 4 c, 60-163 Poznań.

Tym samym zgłaszam udział i kieruję wyżej wymienionego pracownika do udziału w etapie wdrażania modelu FCP w ramach ww. Projektu.

Jako wdrożenie rozumiany jest okres **5 miesięcy**, w trakcie którego uczestnik projektu weźmie czynny udział w szkoleniach wdrożeniowych. Przy przystępowaniu do fazy wdrożeniowej, podmiot zobowiązuje się do wdrożenia rozwiązania (modelu „Family Constellation Program”) do funkcjonowania instytucji wdrażającej w drodze zarządzenia/uchwały/decyzji na okres min. 12 miesięcy po zakończeniu projektu.

W przypadku uzasadnionej niemożliwości uczestnictwa w projekcie wyżej wymienionego pracownika, zobowiązuję się do skierowania w jego miejsce innej osoby zatrudnionej w instytucji, która spełnia kryteria określone w Regulaminie uczestnictwa we wdrażaniu modelu FCP.

Jako osoba upoważniona do reprezentacji instytucji oświadczam że:

- Instytucja nie była uczestnikiem projektu w fazie testowania projektu „Family Constellation Program”.



WPISAĆ AKTUALNĄ MIEJSCOWOŚĆ I DATĘ

.....

Miejscowość, data

PODPIS WW. OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO
REPREZENTOWANIA INSTYTUCJI

.....

podpis osoby reprezentującej instytucję

UZUPEŁNIĆ

.....

pieczęć instytucji

DEKLARACJA UCZESTNICTWA PRACOWNIKA INSTYTUCJI W WDRAŻANIU MODELU FCP

Ja niżej podpisany/a Kandydat/-ka skierowany przez ww. instytucję oświadczam, że:

- Jestem osobą zatrudnioną ww. Instytucji,
- Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków budżetu państwa.
- **Zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w wdrażaniu modelu FCP w Projekcie wraz z załącznikami i akceptuję zapisy tych dokumentów,**
- Zapoznałem/am się z zasadami udziału w Projekcie i wyrażam zgodę na uczestnictwo w nim,
- Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego,
- Mam świadomość, iż złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie. W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wznosił/-a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Beneficjenta projektu
- Mam świadomość, że aktywności realizowane w ramach projektu mogą odbywać się w miejscowości innej niż miejscowość, w której znajduje się instytucja, którą reprezentuję i/lub innej miejscowości niż miejscowość, gdzie posiadam miejsce zamieszkania,
- Mam świadomość, że w ramach etapu wdrażania modelu FCP niezbędne będzie tworzenie dokumentacji i dostarczenia jej do Beneficjenta projektu, najpóźniej do 10 dnia roboczego w miesiącu następującym po miesiącu, w którym realizowane było wsparcie dla ofiar/sprawców przemocy w rodzinie.
- Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podawania danych wrażliwych,
- Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail),
- Wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (w tym tzw. danych wrażliwych) zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z Rozporządzeniem 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L.119.1), dalej „RODO”), do celów związanych z przeprowadzeniem procesów rekrutacji, monitoringu i ewaluacji Projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Beneficjenta - GRUPA PROFESJA Sp. z o.o. – z obowiązków sprawozdawczych związanych z realizowanym Projektem. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a także dobrowolności ich podania.
- W przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie zobowiązuję się do udostępnienia danych wskazanych w „Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych



w postaci elektronicznej na lata 2014- 2020” oraz „Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020”, potrzebnych do monitorowania wskaźników kluczowych oraz przeprowadzania ewaluacji, a także do przekazywania informacji na temat mojej sytuacji po opuszczeniu projektu.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane oraz oświadczenia zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

WPISAĆ AKTUALNĄ

MIEJSCOWOŚĆ I DATĘ

.....
Miejscowość, data

PODPIS WW. PRACOWNIKA BIORĄCEGO

UDZIAŁ W SZKOLENIU

.....
podpis pracownika