



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 **7 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”.



NIE UZUPEŁNIAĆ

.....
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.

NIE UZUPEŁNIAĆ

.....
Miejscowość, data

PODPIS WW. PRACOWNIKA BIORĄCEGO

UDZIAŁ W SZKOLENIU

.....
podpis pracownika