



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 piśmem 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

**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

- działania interwencyjne w ramach procedury Niebieskiej Karty
- działania pomocowe/współpraca ze służbami interwencyjnymi w ramach procedury Niebieskiej Karty
- 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:

.....

.....

.....



**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

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

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

**OSOBA UPOWAŻNIONA DO REPREZENTOWANIA INSTYTUCJI \***

1. Imię .....

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 .....

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

\* 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 .....

#### 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, deklaruje 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”.



.....  
Miejscowość, data

.....  
podpis osoby reprezentującej instytucję

.....  
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 „Wytocznych 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.*

.....  
Miejscowość, data

.....  
podpis pracownika