Formularz zgłoszeniowy instytucji na wsparcie organizowane w ramach projektu pn. „Spójna Polityka Społeczna Warmii i Mazur” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus

DANE DOTYCZĄCE FORMY WSPARCIA

|  |  |
| --- | --- |
| NAZWA/RODZAJ WSPARCIA | Superwizja grupowa/indywidualna |
| TERMIN | Do ustalenia z Państwa jednostką (przybliżony termin: od czerwca 2024 r. do marca 2026 r.) |
| MIEJSCE | Siedziba Państwa jednostki lub inne miejsce wskazane przez Państwa na terenie Waszej gminy |

|  |
| --- |
| Formularz zgłoszeniowy czytelnie wypełniony i podpisany należy przesłać skanem na adres e-mail: [szkoleniasps@warmia.mazury.pl](mailto:szkoleniasps@warmia.mazury.pl)  Osobami do kontaktu w sprawach rekrutacji są:  Jacek Jaworski 89 521 95 15, Iwona Mazurek 89 521 95 12,  Dominika Gałaj 89 521 95 14 |

DANE INSTYTUCJI

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NAZWA INSTYTUCJI | | | | |
|  | | | | |
| ADRES INSTYTUCJI | | | | |
|  | | | | |
| TELEFON KONTAKTOWY | | E-MAIL | | |
|  | |  | | |
| LICZBA OSÓB: | | | |
|  | | | |
| *Czy pracownicy Państwa instytucji w ciągu trzech ostatnich lat byli objęci superwizją grupową/indywidualną?\** | | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| Specjalne potrzeby w obszarze dostępności np. duża czcionka, audiodeskrypcja, zapewnienie materiałów w wersjach alternatywnych – audio, rysunki, symbole, infografiki, tablice AAC. | | | |
| (proszę zaznaczyć odpowiedź TAK lub NIE oraz jeśli zaznaczono odpowiedź TAK, określić jakie?)  🞏 TAK, jakie…………………………………………..…………………………………  🞏 NIE | | | |

…………………………………….

Pieczątka instytucji

………………………………….

Podpis i pieczątka osoby delegującej

UWAGA !!! Wypełnia Realizator Projektu przeprowadzający rekrutację na wsparcie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data i godzina zgłoszenia |  | | | |
| Ocena formalna | | | | |
| Przynależność do grupy docelowej dla danego rodzaju wsparcia | | 🞏 TAK | | 🞏 NIE |
| Kryterium pierwszeństwa instytucji/podmiotu *(jeśli dotyczy)* | | | | |
| Pracownicy instytucji w ciągu trzech ostatnich lat **NIE** **BYLI** objęci superwizją grupową/indywidualną | 🞏 TAK- 1 pkt. | | 🞏 NIE- 0 pkt. | |
| Podpis pracownika ROPS |  | | | |