

KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU

„Kompetentna Kadra – Silna Wspólnota”

1. Dane osobowe

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

2. Status uczestnika (zaznaczyć właściwe)

- Wolontariusz organizacji pozarządowej
- Członek kadry organizacji pozarządowej
- Pracownik instytucji (OPS, PCPR, inne)
- Osoba planująca zaangażowanie w działania na rzecz osób z niepełnosprawnościami

Nazwa organizacji/instytucji:

.....

.....



Fundacja św. Wawrzyńca
ul. Konstytucji 3 Maja 19,
72-100 Goleniów
NIP: 8561927537 | KRS: 0000947262



Zachodniopomorskie Centrum Innowacji
ul. Duńska 2, 71-795 Szczecin
biuro@ckinno.pl | www.ckinno.pl
NIP: 8513281681 | KRS: 0000995304



Stowarzyszenie na Rzecz Edukacji Pomost
ul. Okrężna 3, 66-200 Świebodzin
stowarzyszenie@naszpomost.pl
www.naszpomost.pl
NIP: 9271873207 | KRS: 0000252395

3. Doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnościami

Tak

Nie

Krótki opis:

.....

.....

.....

4. Potrzeby szkoleniowe

komunikacja z osobami z niepełnosprawnościami

dostępność (WCAG, prosty język)

animacja społeczna

przeciwdziałanie wypaleniu

inne:

5. Oświadczenia

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z RODO.

Data:

Podpis uczestnika:



Fundacja św. Wawrzyńca
ul. Konstytucji 3 Maja 19,
72-100 Goleniów
NIP: 8561927537 | KRS: 0000947262



Zachodniopomorskie Centrum Innowacji
ul. Duńska 2, 71-795 Szczecin
biuro@ckinno.pl | www.ckinno.pl
NIP: 8513281681 | KRS: 0000995304



Stowarzyszenie na Rzecz Edukacji Pomost
ul. Okrężna 3, 66-200 Świebodzin
stowarzyszenie@naszpomost.pl
www.naszpomost.pl
NIP: 9271873207 | KRS: 0000252395