Załącznik nr 1A do Regulaminu szkoleń w ramach wsparcia dla istniejących PES, z wyłączeniem przedsiębiorstw społecznych -   
wersja 3.0 z dnia 01.09.2020

**Formularz rekrutacyjny – 1A (uproszczonY)**

**dla podmiotów ekonomii społecznej, z wyłączeniem przedsiębiorstw społecznych, zainteresowanych otrzymaniem wsparcia w ramach projektu „MOWES2 - Małopolski Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej – Krakowski Obszar Metropolitalny”** **nr RPMP.09.03.00-12-0001/19**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa szkolenia /**  **CYKLU SZKOLENIOWEGO** | Cykl szkoleniowy  Szkolenie jednodniowe/dwudniowe (online)  Wizyta studyjna |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa ORGANIZACJI** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **OCENA MOTYWACJI I WPŁYWU SZKOLENIA NA ROZWÓJ PES** | | | | |
| **I** | **Jakie są oczekiwania uczestnika/ów względem udziału w szkoleniu?** | | |  |
| **II** | **Jaki wpływ na instytucję będzie miał udział jej przedstawicieli w szkoleniu** *(proszę zaznaczyć wszystkie prawidłowe odpowiedzi)* | | | przyczyni się do rozwoju organizacji  pozwoli wdrożyć nowe rozwiązania/pomysły  przyczyni się do profesjonalizacji działań/ usprawni funkcjonowanie organizacji  pozwoli podnieść kompetencje kadry  ułatwi nawiązanie nowych kontaktów i pozyskanie partnerów  pozwoli rozwiązać istotny problem organizacji |
| **III** | **Udział w szkoleniu w ramach projektu:**  *(proszę zaznaczyć 1 odpowiedź)* | | | będzie decydujący i kluczowy w realizacji dalszych planów instytucji/uczestnika  będzie wspomagał realizację dalszych planów instytucji/uczestnika  będzie miał mały wpływ na realizację dalszych planów instytucji/uczestnika  nie wpływa na realizację dalszych planów instytucji/uczestnika |
| **IV** | **Jeżeli instytucja/uczestnik nie będą mogli skorzystać z udziału w szkoleniu w ramach projektu to:**  *(proszę zaznaczyć 1 odpowiedź)* | | | będą poszukiwać szkoleń komercyjnych lub dofinansowanych/darmowych  będą poszukiwać szkoleń, ale jedynie dofinansowanych/darmowych  będą podnosić poziom swojej wiedzy jedynie we własnym zakresie  nie będę podnosić swojej wiedzy w obszarze objętym szkoleniem |
| **V** | **Celem naszego udziału w szkoleniu jest nawiązanie współpracy i budowanie sieci kontaktów.** | | | Zdecydowanie tak  Raczej tak  Nie |
| **VI** | **Celem naszego udziału w szkoleniu jest poprawa sposobu działania naszej organizacji.** | | | Zdecydowanie tak  Raczej tak  Nie |
| **DANE OSÓB DELEGOWANYCH PRZEZ PES** (w przypadku cyklu szkoleniowego dopuszcza się delegowanie różnych uczestników na poszczególne tematy szkolenia, jednak na każde z zajęć organizacja powinna wydelegować taką samą liczbę uczestników. Jeżeli organizacja korzysta z powyższego rozwiązania proszę przy każdej z osób wpisać temat lub datę zajęć, w których dana osoba będzie uczestniczyć) | | | | |
| **1.** | | **Imię i nazwisko** |  | |
| **2.** | | **Imię i nazwisko** |  | |
| **3.** | | **Imię i nazwisko** |  | |
| **4.** | | **Imię i nazwisko** |  | |
| **5.** | | **Imię i nazwisko** |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| W przypadku osób z niepełnosprawnościami – co możemy zrobić aby czuł/a się Pan/i u nas komfortowo?\*  *\*tabela może pozostać pusta w przypadku zgłaszania wyłącznie pełnosprawnych uczestników* | dostępność architektoniczna na przykład: wejście na poziomie terenu wokół budynku, pochylnia, winda | Tak |
| przygotowanie materiałów informacyjnych/szkoleniowych wydrukowanych większą czcionką niż standardowa | Tak |
| tłumacz polskiego języka migowego (PJM) | Tak |
| tłumacz systemu językowo-migowego (SJM) | Tak |
| pętla indukcyjna | Tak |
| obecność osoby towarzyszącej/asystenta osoby z niepełnosprawnością | Tak |
| specjalne potrzeby żywieniowe | Tak |
| zapewnienie warunków dla psa asystującego | Tak |
| Inne (jakie) ……………………………………………………………………… | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Miejscowość** | **Data** | **Czytelny podpis osoby/osób uprawnionej do reprezentowania podmiotu (zgodnie z dokumentami rejestrowymi)** |
|  |  |  |