Wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie:

**Data wpływu formularza: ...................................................................**

**Numer formularza: ...................................................................**

**Podpis osoby przyjmującej: ..................................................................**

**Formularz zgłoszeniowy do projektu**

**„IMPAKT – program wzmocnienia organizacji pozarządowych w obszarze dialogu obywatelskiego”**

*Przed wypełnieniem prosimy o zapoznanie się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.*

**I. DANE ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ**

1. Pełna nazwa organizacji: ...................................................................
2. Forma prawna:

☐stowarzyszenie

☐fundacja

☐związek stowarzyszeń

☐inna (jaka?) ............................

1. Numer KRS: ...................................................................
2. NIP: ...................................................................
3. REGON: ...................................................................
4. Adres siedziby:

Województwo:

☐podlaskie

☐lubelskie

Powiat: ...................................................................

Gmina: ...................................................................

Miejscowość: ...................................................................

Ulica: ...................................................................

Nr budynku/lokalu: ...................................................................

Kod pocztowy: ...................................................................

1. Obszar działania organizacji zgodnie ze statutem: ...................................................................
2. Czy w statucie organizacji znajdują się zapisy dotyczące działania na rzecz osób z niepełnosprawnościami?

☐ TAK - Proszę zacytować odpowiedni fragment: ...................................................................

☐ NIE

1. Czy organizacja uczestniczy w innych projektach w konkursie FERS.04.06-IP.04-001/23?

☐ TAK

☐NIE

**II. DANE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

1. Imię (imiona): ...................................................................
2. Nazwisko: ...................................................................
3. PESEL: ...................................................................
4. Płeć: ☐Kobieta ☐Mężczyzna
5. Wiek: ...................................................................
6. Miejsce zamieszkania:

Województwo: ...................................................................

Powiat: ...................................................................

Gmina: ...................................................................

Miejscowość: ...................................................................

Kod pocztowy: ...................................................................

1. Dane kontaktowe:

Telefon: ...................................................................

E-mail: ...................................................................

1. Wykształcenie:

☐niższe niż podstawowe

☐podstawowe

☐średnie

☐policealne

☐wyższe

1. Status na rynku pracy:

☐osoba pracująca

☐osoba bezrobotna

☐osoba bierna zawodowo

1. Pełniona funkcja w organizacji:

członek zarządu

członek organu kontroli

pracownik (umowa o pracę)

współpracownik (umowa cywilnoprawna)

wolontariusz

inna (jaka?) ............................

1. Staż działalności w organizacji: ............................ lat

**III. SPECJALNE POTRZEBY ZWIĄZANE Z UDZIAŁEM W PROJEKCIE**

1. Czy jest Pan/i osobą z niepełnosprawnością?

TAK

NIE

☐

Odmowa podania informacji

1. Jeśli tak, prosimy o wskazanie specjalnych potrzeb związanych z udziałem w projekcie:

☐tłumacz języka migowego

☐materiały w alfabecie Braille’a

☐materiały w druku powiększonym

☐materiały w wersji elektronicznej

☐wsparcie asystenta

☐pętla indukcyjna

☐inne (jakie?) ............................

1. Czy potrzebuje Pan/i wsparcia w zakresie opieki nad osobą zależną na czas udziału w projekcie?

TAK

NIE

1. Preferencje dotyczące organizacji wsparcia (np. godziny szkoleń, miejsce szkoleń): ...................................................................

**IV. WYBÓR ŚCIEŻKI SPECJALIZACYJNEJ (wstępna deklaracja)**

Proszę zaznaczyć preferowaną ścieżkę:

NGO – wpływ w procesach stanowienia i stosowania prawa

NGO – wpływ w procesach współtworzenia i realizacji polityk publicznych

NGO aktywna w działaniach rzeczniczych i strażniczych

**V. OŚWIADCZENIA**

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Wyrażam chęć udziału w projekcie "IMPAKT – program wzmocnienia organizacji pozarządowych w obszarze dialogu obywatelskiego".
2. Zostałem/am upoważniony/a przez organizację do udziału w projekcie.
3. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie.
4. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki.
5. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Funduszy Europejskich dla Rozwoju Społecznego (FERS).
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu do celów związanych z rekrutacją i realizacją projektu (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679).
7. Zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.
8. Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

Miejscowość i data .....................................

Czytelny podpis uczestnika/czki .....................................

Podpis osoby upoważnionej do reprezentacji organizacji oraz pieczęć organizacji

.....................................

**ZAŁĄCZNIKI**

1. Upoważnienie organizacji do reprezentowania jej w projekcie
2. Kopia statutu organizacji (potwierdzona za zgodność z oryginałem)
3. Aktualny odpis z KRS