Załącznik nr 1

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

„Strażnicy dostępności” POWR.02.16.00-00-0112/20-00

realizowanego w ramach

Działania 2.16 Usprawnienie procesu stanowienia prawa, Program Operacyjny

Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014 – 2020

***Cześć I – Dane organizacji pozarządowej***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa organizacji** |  |
| **Rodzaj organizacji (fundacja, stowarzyszenie, klub sportowy, itp.)** |  |
| **NIP** |  |
| **KRS** |  |
| **Rok założenia** |  |
| **Powiat** |  |
| **Miejscowość, kod pocztowy** |  |
| **Ulica, nr mieszkania / budynku** |  |
| **Nr telefonu** |  |
| **adres-mail**  |  |
| **Cele statutowe** |  |
| **Działalność na rzecz jakiej grupy osób z niepełnosprawnościami** |  |

Czy wszyscy członkowie Zarządu są osobami z niepełnosprawnościami? TAK / NIE

Deklaruje udział w projekcie *„Strażnicy dostępności”* realizowanym przez Polski Związek Głuchych oraz Polskie Forum Osób z Niepełnosprawnościami.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Do udziału w projekcie pn. *Strażnicy dostępności* oddelegowanych zostanie trzech pracowników/wolontariuszy\*, spełniających kryteria rekrutacyjne Projektu.
2. Liczba osób z niepełnosprawnościami, które zostają oddelegowane do Projektu …….
3. Zapoznałam/-em się z Regulaminem Projektu, akceptuję jego warunki i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
4. Wyrażam gotowość do współpracy zgodnie z zakresem i w czasie przewidzianym w Projekcie.
5. Dane złożone w niniejszym Formularzu są zgodne z prawdą. Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1. Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia.
6. Zostałam/-em poinformowana/-y, że ww. Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

**Cześć II – Liczba uczestników oddelegowanych do udziału w projekcie pn. *Strażnicy dostępności***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Stanowisko**  | **Forma zatrudnienia** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |

……………………………….. …………………………………………………………………..

MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS

\* właściwe podkreślić