Załącznik nr 1. do Regulaminu funkcjonowania podkarpackich sieci współpracy OWES, sieci podmiotów ekonomii społecznej oraz sieci kooperacji podmiotów ekonomii społecznej o charakterze reintegracyjnym działających w ramach projektu „Koordynacja sektora ekonomii społecznej w województwie podkarpackim”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

***Koordynacja sektora ekonomii społecznej w województwie podkarpackim***

**Nazwa sieci – proszę zaznaczyć 1 właściwą:**

1. **Podkarpacka sieć współpracy OWES**
2. **Podkarpacka sieć podmiotów ekonomii społecznej**
3. ***Podkarpacka sieć* kooperacji podmiotów ekonomii społecznej o charakterze reintegracyjnym dla CIS/ KIS**
4. **Podkarpacka sieć kooperacji podmiotów ekonomii społecznej o charakterze reintegracyjnym dla WTZ**
5. **Podkarpacka sieć kooperacji podmiotów ekonomii społecznej o charakterze reintegracyjnym dla ZAZ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA PODKARPACKIEJ SIECI**  **(w przypadku sieci OWES proszę podać informację czy osoba będzie członkiem czy zastępcą w sieci)** | | | | | | |
| Lp. | Nazwisko | | Imię | | Telefon kontaktowy | Podpis osoby delegowanej |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
| **NAZWA ORGANIZACJI/INSTYTUCJI** | | | | | | |
| Typ organizacji / instytucji | | | | * Przedsiębiorstwo społeczne * Podmiot ekonomii społecznej działający  w obszarze pomocy lub integracji społecznej; * Organizacja pozarządowa działająca  w obszarze pomocy lub integracji społecznej * Instytucja wspierające ekonomię społeczną * Jednostka samorządu terytorialnego lub jej jednostka organizacyjna \*) | | |
| **Dane teleadresowe** | | Kraj | |  | | |
| Województwo | |  | | |
| Powiat | |  | | |
| Gmina | |  | | |
| Miejscowość | |  | | |
| Ulica/ aleja/ plac | |  | | |
| Nr budynku | |  | | |
| Nr lokalu | |  | | |
| Kod pocztowy | | \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ | | |
| Nr telefonu tel. Instytucji/ Organizacji: | | | |  | | |
| Adres e-mail | | | |  | | |
| Oczekiwania z uczestnictwa spotkaniach: | | | | * Dostęp do wiedzy eksperckiej * Dostęp do wypracowanych modeli działania, świadczenia usług itd. * Wzajemne wsparcie merytoryczne i wymiana doświadczeń w regionalnych sieciach współpracy * Promowanie innowacyjnych rozwiązań w obszarze ekonomii społecznej * wypracowanie efektywnych form dialogu między uczestnikami poszczególnych regionalnych sieci współpracy * Dobre Praktyki * Inne *– prosimy wpisać jakie*   ……………………………………………………. | | |
| …………………………………………………  (pieczęć organizacji/instytucji) | | | | ………………………………………………………………  (data, podpis osoby/osób upoważnionych do reprezentacji organizacji/instytucji) | | |

\*) zaznacz właściwe stawiając znak „x”

**Oświadczenia Organizacji/ Instytucji**

1. Oświadczam, że ……………………………………………… *(imię i nazwisko osoby biorącej udział w formie wsparcia)* jest członkiem zarządu / pracownikiem**\*\***)reprezentowanej przeze mnie instytucji/organizacji oraz nie znajduje się w okresie wypowiedzenia umowy o pracę.
2. Oświadczam, że zakres obowiązków skierowanego pracownika dotyczy działań na rzecz podmiotu branżowego sieci CIS/KIS, PES, WTZ, ZAZ\*\*, w spotkaniach których systematycznie uczestniczyć będzie oddelegowany pracownik.
3. Oświadczam, że ………………………………….. *(nazwa organizacji)* jako Podmiot Ekonomii Społecznej / organizacja pozarządowa \*\*) prowadzi działalność w obszarze pomocy lub integracji społecznej oraz podmiot nie znajduje się w stanie likwidacji. *(wypełniają jedynie organizacje, które w części I formularza zaznaczyły przynależność do właściwej grupy, jeśli nie dotyczy – skreślić).*
4. Dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym oraz spełniają kryteria uprawniające do udziału w projekcie.
5. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 272 oraz art. 286 Kodeksu Karnego za składania oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż dane przedstawione w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

\*\*) niepotrzebne skreślić

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………  pieczęć organizacji/instytucji | …………………………………………  Miejscowość, dnia  ………………………………………………………………  podpisy osoby/osób upoważnionych do reprezentacji organizacji/instytucji |