**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – WIZYTA STUDYJNA**

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

**Termin wizyty:…………………………………………………………..**

**Miejsce wizyty:………………………………………………………….**

|  |
| --- |
| **DANE UCZESTNIKA WIZYTY STUDYJNEJ**  |
| 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 |