**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

***Instrukcja wypełniania Formularza***

*Uwaga! Formularz rekrutacyjny należy wypełnić czytelnie: elektronicznie (komputerowo) lub ręcznie –  
najlepiej drukowanymi literami.*

*Wszystkie pola muszą być wypełnione.*

*Odpowiedzi na pytania w Formularzu należy zaznaczyć znakiem* ***X****.*

*Niniejszy formularz jest oceniany zgodnie z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i stanowi pierwszy etap rekrutacji.*

|  |  |
| --- | --- |
| **BENEFICJENT** | **Fundacja Imago** |
| **TYTUŁ PROJEKTU** | **ProNGO** |
| **NUMER PROJEKTU** | **FEDS.07.07-IP.02-0024/24** |
| **OKRES REALIZACJI PROJEKTU** | **01.01.2025 – 31.12.2026** |

1. **CZĘŚĆ ARKUSZA REKRUTACYJNEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE PODMIOTU** | **Nazwa Instytucji** |  |
| **KRS** |  |
| **NIP** |  |
| **Organizacja społeczeństwa obywatelskiego:** | **** |
| a. formalna rejestracja oraz struktura organizacyjna | **** |
| b. strukturalna niezależność od władz publicznych | **** |
| c. niedziałająca dla zysku | **** |
| d. suwerenność i samorządność | **** |
| e. dobrowolność przynależności. | **** |
| **Typ instytucji** | |
| **Podmiot ekonomii społecznej** | **** |
|  | Przedsiębiorstwo społeczne  |
| Podmiot reintegracyjny (WTZ, ZAZ, CIS, KIS)  |
| Organizacja pozarządowa  |
| Spółdzielnia socjalna  |
| Spółdzielnia pracy, w tym spółdzielnia inwalidów i spółdzielnia niewidomych  |
| Spółdzielnia produkcji rolnej  |
| Inne   ………………………………………………………………………………………… |
| **SIEDZIBA i ADRES PODMIOTU**  *Należy podać dane zgodne z dokumentem stanowiącym podstawę prawną działalności (dokument rejestrowy i/lub statut organizacji i/lub dokument powołania organizacji i/lub inny dokument stanowiący podstawę prawną działalności)* | **Województwo** |  |
| **Powiat** |  |
| **Gmina** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  |
| **Nr budynku** |  |
| **Nr lokalu** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **DANE TELEADRESOWE/FILIA lub ODDZIAŁ na terenie WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO**  *Należy podać dane zgodne z dokumentem stanowiącym podstawę prawną działalności (dokument rejestrowy i/lub statut organizacji i/lub dokument powołania organizacji i/lub inny dokument stanowiący podstawę prawną działalności)* | **NIE DOTYCZY** | **** |
| **Województwo** |  |
| **Powiat** |  |
| **Gmina** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  |
| **Nr budynku** |  |
| **Nr lokalu** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **DANE KONTAKTOWE:** | **OSOBA/OSOBY UPOWAŻNIONE DO REPREZENTACJI PODMIOTU** | |
| **1**. | **Imię i Nazwisko** |  |
| **Funkcja** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **2.** | **Imię i Nazwisko** |  |
| **Funkcja** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres e-mail** |  |
|  | **OSOBA DO KONTAKTU** | |
|  | **Imię i Nazwisko** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **PRZEDSTAWICIELE ORGANIZACJI działający/ zatrudnieni na terenie województwa dolnośląskiego** | osoby zatrudnione w organizacji  *na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę* | **** |
| osoby współpracujące z organizacją na podstawie umów cywilno – prawnych | **** |
| wolontariusze | **** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ZAŁĄCZNIKI**  *W przypadku braku dokumentu rejestrowego: dokument powołania organizacji i/lub inny dokument stanowiący podstawę prawną działalności* | **Dokument rejestrowy** | **** |
| **Statut organizacji** | **** |
| **Dokument**  **powołania organizacji** | **** |
| **Inny dokument stanowiący podstawę prawną działalności** | **** |

*Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych danych, oświadczam, że dane podane w cz. I. Formularza rekrutacyjnego są zgodne z prawdą.*

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

Miejscowość, data pieczątka i podpis osoby/osób upoważnionych do reprezentowania Podmiotu

1. CZĘŚĆ ARKUSZA REKRUTACYJNEGO

**KRYTERIA DODATKOWE/ GOTOWOŚĆ UDZIAŁU w PROJEKCIE**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **FORMY WSPARCIA (*Diagnoza potrzeb organizacji/******Sieciowanie współpracy; Szkolenia; Mentoring indywidualny; Konsultacje specjalistyczne; Wizyty studyjne krajowe; Wizyty studyjne zagraniczne*):** | |
| 1. w 1-2 formach wsparcia (0 pkt.) | **** |
| 1. w min. 3 formach wsparcia w projekcie (5pkt.) | **** |
| 1. w 4-5ciu formach wsparcia (7 pkt.) | **** |
| 1. we wszystkich 6ciu formach wsparcia (10 pkt.) | **** |
| ***UWAGI:*** | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **UCZESTNICY PROJEKTU – PRZEDSTAWICIELE ORGANIZACJI działający/ zatrudnieni na terenie województwa dolnośląskiego (tj. osoby zatrudnione w organizacjach, współpracujące na podstawie umów cywilno – prawnych oraz wolontariusze):** | |
| 1. 1-2 przedstawicieli organizacji (0 pkt.) | **** |
| 1. min. 3 przedstawicieli organizacji (5pkt.) | **** |
| 1. 4-6ciu przedstawicieli organizacji (8 pkt.) | **** |
| 1. powyżej 6ciu przedstawicieli organizacji (10 pkt.) | **** |
| ***UWAGI:*** | |
|  | |

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

Miejscowość, data pieczątka i podpis osoby/osób upoważnionych do reprezentowania Podmiotu

**Ponadto oświadczam, świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, że:**

* zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie *„*ProNGO” nr FEDS.07.07-IP.02-0024/24, akceptuję wszystkie jego postanowienia oraz spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w ww. Regulaminie,
* wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z udziałem w ww. projekcie, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), w związku z art. 88 ustawy o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 z dnia 28 kwietnia 2022 r.,
* zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027,
* reprezentowana przeze mnie Organizacja społeczeństwa obywatelskiego - ………………………………………………………………………………………………………………… (nazwa podmiotu), nie otrzymuje jednocześnie wsparcia o analogicznym celu/ charakterze w innym projekcie dofinansowanym ze środków EFS+.
* zobowiązuję się do przekazania informacji na temat swojej sytuacji po opuszczeniu projektu i udziału w badaniach ewaluacyjnych.

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

Miejscowość, data pieczątka i podpis osoby/osób upoważnionych do reprezentowania Podmiotu