# **FORMULARZ APLIKACYJNY**

**DO KONKURSU „Aktywizacja młodych osób niepełnosprawnych w województwie podlaskim – skuteczne rozwiązania”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **INFORMACJA O WNIOSKODAWCY** | **NAZWA** |  |
| **Adres** |  |
| **REGON/KRS** |  |
| **Województwo/powiat** |  |
| **tel. kontaktowy** |  |
| **Adres poczty elektronicznej** |  |
| 1. **SEKTOR** | 🞎 prywatny 🞎 publiczny 🞎 pozarządowy | |
| 1. **DZIAŁALNOŚĆ STATUTOWA/**   **BRANŻA** | 🞎 administracja publiczna  🞎 handel  🞎 usługi  🞎 produkcja  🞎 edukacja  🞎 budownictwo  🞎 organizacja pozarządowa  🞎 inne (jakie?)……………………………. | |
| 1. **LICZBA ZATRUDNIONYCH PRACOWNIKÓW** | 🞎 do 10 osób 🞎 do 50 osób 🞎 do 250 osób 🞎 powyżej 250 osób | |
| 1. **OPIS DZIAŁALNOŚCI PODMIOTU (do 10 zdań)** |  | |
| **OGÓLNE INFORMACJE DOT. ZGŁASZANEJ PRAKTYKI** | | |
| 1. **OKREŚLENIE (NAZWA/TYTUŁ) ZGŁASZANEJ PRAKTYKI** |  | |
| 1. **CEL/CELE ZGŁASZANEJ PRAKTYKI** |  | |
| 1. **CZAS TRWANIA PRAKTYKI** |  | |
| **OPIS ZGŁASZANEJ PRAKTYKI** | | |
| 1. **OPIS ZGŁASZANEJ PRAKTYKI** (w tym skuteczność działań, efekty stosowanych działań, liczba bezpośrednich i pośrednich odbiorców działania, partnerzy, zasięg oddziaływania)   kryteria oceny praktyki  określa Załącznik nr 1 do Regulaminu Konkursu |  | |

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i informacji zawartych w powyższym formularzu oraz materiałów dodatkowych (dołączonych do formularza) dla celów konkursu „Aktywizacja młodych osób niepełnosprawnych w województwie podlaskim – skuteczne rozwiązania”, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (DZ. U. 2014.1182). Ponadto zostałam/em poinformowana/y o adresie siedziby administratora danych: Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku, ul. Pogodna 22, 15-354 Białystok, prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania a także dobrowolności podania danych.

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

*data i podpis/pieczęć osoby upoważnionej*