pieczęć wnioskodawcy

data przyjęcia wniosku

**Wniosek o przyznanie nagrody   
w konkursie „Najlepszy Terapeuta Zajęciowy Województwa Kujawsko-Pomorskiego”**

1. **Dane Wnioskodawcy**
2. **Imię i nazwisko:** Kliknij tutaj i wpisz imię i nazwisko osoby reprezentującej wnioskodawcę
3. **Funkcja**: Kliknij tutaj i wpisz funkcję osoby reprezentującej wnioskodawcę
4. **Instytucja**: Kliknij tutaj i wpisz nawę instytucji
5. **Dane Wnioskodawcy:**

województwo: Kliknij tutaj i wpisz województwo

powiat: Kliknij tutaj i wpisz powiat gmina: Kliknij tutaj i wpisz gminę

kod pocztowy: Kliknij tutaj i wpisz kod pocztowy poczta: Kliknij tutaj i wpisz pocztę

miejscowość: Kliknij tutaj i wpisz miejscowość ulica: Kliknij tutaj i wpisz ulicę

nr budynku / nr lokalu: Kliknij tutaj i wpisz numer budynku / lokalu  
telefon: Kliknij tutaj i wpisz telefon e-mail: Kliknij tutaj i wpisz adres e-mail

1. **Dane kandydata/członków zespołu zgłoszonych do nagrody**

**1. Dane osobowe kandydata/ członka zespołu**

**Imię i nazwisko:** Kliknij tutaj i wpisz imię i nazwisko kandydata

**Miejsce pracy**: Kliknij tutaj i wpisz miejsce zatrudnienia

**Rodzaj placówki:** Kliknij tutaj, aby wybrać rodzaj instytucji

**Stanowisko:** Kliknij tutaj i wpisz stanowisko

powiat: Kliknij tutaj i wpisz powiat gmina: Kliknij tutaj i wpisz gminę

kod pocztowy: Kliknij tutaj i wpisz kod pocztowy poczta: Kliknij tutaj i wpisz pocztę

miejscowość: Kliknij tutaj i wpisz miejscowość ulica: Kliknij tutaj i wpisz ulicę

nr budynku / nr lokalu: Kliknij tutaj i wpisz numer budynku / lokalu  
telefon: Kliknij tutaj i wpisz telefon e-mail: Kliknij tutaj i wpisz adres e-mail

**Posiadany staż pracy zawodowej kandydata w zakresie pracy terapeutycznej na rzecz osób z niepełnosprawnościami:**

Staż pracy w latach: Kliknij tutaj i wpisz staż pracy kandydata.

**Ukończone przez kandydata kursy i szkolenia potwierdzające nabycie kwalifikacji lub kompetencji niezbędnych do pracy terapeutycznej na rzecz osób   
z niepełnosprawnościami (max. 2000 znaków):**

****

**2. Dane osobowe kandydata/ członka zespołu**

**Imię i nazwisko:** Kliknij tutaj i wpisz imię i nazwisko kandydata

**Miejsce pracy**: Kliknij tutaj i wpisz miejsce zatrudnienia

**Rodzaj placówki:** Kliknij tutaj, aby wybrać rodzaj instytucji

**Stanowisko:** Kliknij tutaj i wpisz stanowisko

powiat: Kliknij tutaj i wpisz powiat gmina: Kliknij tutaj i wpisz gminę

kod pocztowy: Kliknij tutaj i wpisz kod pocztowy poczta: Kliknij tutaj i wpisz pocztę

miejscowość: Kliknij tutaj i wpisz miejscowość ulica: Kliknij tutaj i wpisz ulicę

nr budynku / nr lokalu: Kliknij tutaj i wpisz numer budynku / lokalu  
telefon: Kliknij tutaj i wpisz telefon e-mail: Kliknij tutaj i wpisz adres e-mail

**Posiadany staż pracy zawodowej kandydata w zakresie pracy terapeutycznej na rzecz osób z niepełnosprawnościami:**

Staż pracy w latach: Kliknij tutaj i wpisz staż pracy kandydata.

**Ukończone przez kandydata kursy i szkolenia potwierdzające nabycie kwalifikacji lub kompetencji niezbędnych do pracy terapeutycznej na rzecz osób   
z niepełnosprawnościami (max. 2000 znaków):**

****

**3. Dane osobowe kandydata/ członka zespołu**

**Imię i nazwisko:** Kliknij tutaj i wpisz imię i nazwisko kandydata

**Miejsce pracy**: Kliknij tutaj i wpisz miejsce zatrudnienia

**Rodzaj placówki:** Kliknij tutaj, aby wybrać rodzaj instytucji

**Stanowisko:** Kliknij tutaj i wpisz stanowisko

powiat: Kliknij tutaj i wpisz powiat gmina: Kliknij tutaj i wpisz gminę

kod pocztowy: Kliknij tutaj i wpisz kod pocztowy poczta: Kliknij tutaj i wpisz pocztę

miejscowość: Kliknij tutaj i wpisz miejscowość ulica: Kliknij tutaj i wpisz ulicę

nr budynku / nr lokalu: Kliknij tutaj i wpisz numer budynku / lokalu  
telefon: Kliknij tutaj i wpisz telefon e-mail: Kliknij tutaj i wpisz adres e-mail

**Posiadany staż pracy zawodowej kandydata w zakresie pracy terapeutycznej na rzecz osób z niepełnosprawnościami:**

Staż pracy w latach: Kliknij tutaj i wpisz staż pracy kandydata.

**Ukończone przez kandydata kursy i szkolenia potwierdzające nabycie kwalifikacji lub kompetencji niezbędnych do pracy terapeutycznej na rzecz osób   
z niepełnosprawnościami (max. 2000 znaków):**

****

**4. Dane osobowe kandydata/ członka zespołu**

**Imię i nazwisko:** Kliknij tutaj i wpisz imię i nazwisko kandydata

**Miejsce pracy**: Kliknij tutaj i wpisz miejsce zatrudnienia

**Rodzaj placówki:** Kliknij tutaj, aby wybrać rodzaj instytucji

**Stanowisko:** Kliknij tutaj i wpisz stanowisko

powiat: Kliknij tutaj i wpisz powiat gmina: Kliknij tutaj i wpisz gminę

kod pocztowy: Kliknij tutaj i wpisz kod pocztowy poczta: Kliknij tutaj i wpisz pocztę

miejscowość: Kliknij tutaj i wpisz miejscowość ulica: Kliknij tutaj i wpisz ulicę

nr budynku / nr lokalu: Kliknij tutaj i wpisz numer budynku / lokalu  
telefon: Kliknij tutaj i wpisz telefon e-mail: Kliknij tutaj i wpisz adres e-mail

**Posiadany staż pracy zawodowej kandydata w zakresie pracy terapeutycznej na rzecz osób z niepełnosprawnościami:**

Staż pracy w latach: Kliknij tutaj i wpisz staż pracy kandydata.

**Ukończone przez kandydata kursy i szkolenia potwierdzające nabycie kwalifikacji lub kompetencji niezbędnych do pracy terapeutycznej na rzecz osób   
z niepełnosprawnościami (max. 2000 znaków):**

****

**5. Dane osobowe kandydata/ członka zespołu**

**Imię i nazwisko:** Kliknij tutaj i wpisz imię i nazwisko kandydata

**Miejsce pracy**: Kliknij tutaj i wpisz miejsce zatrudnienia

**Rodzaj placówki:** Kliknij tutaj, aby wybrać rodzaj instytucji

**Stanowisko:** Kliknij tutaj i wpisz stanowisko

powiat: Kliknij tutaj i wpisz powiat gmina: Kliknij tutaj i wpisz gminę

kod pocztowy: Kliknij tutaj i wpisz kod pocztowy poczta: Kliknij tutaj i wpisz pocztę

miejscowość: Kliknij tutaj i wpisz miejscowość ulica: Kliknij tutaj i wpisz ulicę

nr budynku / nr lokalu: Kliknij tutaj i wpisz numer budynku / lokalu  
telefon: Kliknij tutaj i wpisz telefon e-mail: Kliknij tutaj i wpisz adres e-mail

**Posiadany staż pracy zawodowej kandydata w zakresie pracy terapeutycznej na rzecz osób z niepełnosprawnościami:**

Staż pracy w latach: Kliknij tutaj i wpisz staż pracy kandydata.

**Ukończone przez kandydata kursy i szkolenia potwierdzające nabycie kwalifikacji lub kompetencji niezbędnych do pracy terapeutycznej na rzecz osób   
z niepełnosprawnościami (max. 2000 znaków):**

****

1. **Uzasadnienie kandydatury – opis dotychczasowych osiągnięć kandydata/zespołu**

**Należy przedstawić informacje potwierdzające spełnienie przez kandydata/zespół ubiegającego/y się o nagrodę szczegółowych kryteriów merytorycznych w zakresie wybitnych i nowatorskich osiągnięć w pracy terapeutycznej z osobami   
z niepełnosprawnościami, o których mowa w ust. 1 pkt 3 Regulaminu konkursu.**

1. **Krótki opis działań kandydata/ zespołu (max. 2000 znaków):**



1. **Opis szczególnych osiągnięć kandydata/ zespołu (max. 2000 znaków):**



1. **Dotychczas otrzymane nagrody i wyróżnienia kandydata/ członków zespołu ze wskazaniem roku przyznania (max. 2000 znaków):**



1. **Niezbędne oświadczenia Kandydata**

**Oświadczenie dotyczące wyrażenia zgody na zgłoszenie do udziału w konkursie**

Zgodnie z § 4. ust. 6 Regulaminu konkursu „Najlepszy Terapeuta Zajęciowy Województwa Kujawsko-Pomorskiego” wyrażam zgodę na zgłoszenie mojej kandydatury do udziału   
w konkursie i pretendowania do nagrody finansowej i wyróżnienia tytułem Najlepszy Terapeuta Zajęciowy Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

………………………………… …………………………………

miejscowość, data podpis kandydata

………………………………… …………………………………

miejscowość, data podpis kandydata

………………………………… …………………………………

miejscowość, data podpis kandydata

………………………………… …………………………………

miejscowość, data podpis kandydata

………………………………… …………………………………

miejscowość, data podpis kandydata

1. **Lista załączników**

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Nazwa |
| 1. | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych udzielana przez osobę, której dane dotyczą |
| 2. | Informacja w związku z przetwarzaniem danych osobowych pozyskiwanych w inny sposób, niż od osoby, której dane dotyczą |
| 3. | Rekomendacje (**minimum 2 rekomendacje**): |
| 3.1 | Rekomendacja wystawiona przez Kliknij tutaj i wpisz |
| 3.2 | Rekomendacja wystawiona przez Kliknij tutaj i wpisz |
| 3.3 | Rekomendacja wystawiona przez Kliknij tutaj i wpisz |
| 4. | Inne uznane za zasadne (np. zaświadczenia, dyplomy, certyfikaty, świadectwa, listy gratulacyjne): |

………………………………… ………………….……………………………

miejscowość, data podpis osoby upoważnionej Wnioskodawcy