PIECZĘĆ WNIOSKODAWCY

DATA PRZYJĘCIA WNIOSKU

**WNIOSEK O PRZYZNANIE NAGRODY   
W KONKURSIE „NAJLEPSZY TERAPEUTA ZAJĘCIOWY WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO”**

1. **INFORMACJA O 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. **INFORMACJA O KANDYDACIE DO NAGRODY**
2. **IMIĘ I NAZWISKO:** Kliknij tutaj i wpisz imię i nazwisko kandydata
3. **MIEJSCE ZATRUDNIENIA**: Kliknij tutaj i wpisz miejsce zatrudnienia
4. **RODZAJ PLACÓWKI:** Kliknij tutaj, aby wybrać rodzaj instytucji
5. **STANOWISKO:** Kliknij tutaj i wpisz stanowisko
6. **DANE KANDYDATA:**

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. **POSIADANY STAŻ PRACY ZAWODOWEJ KANDYDATA W ZAKRESIE PRACY TERAPEUTYCZNEJ NA RZECZ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:**

☐ minimum 5 lat ☐ powyżej 5 lat

1. **UKOŃCZONE PRZEZ KANDYDATA KURSY I SZKOLENIA POTWIERDZAJĄCE NABYCIE KWALIFIKACJI LUB KOMPETENCJI NIEZBĘDNYCH DO PRACY TERAPEUTYCZNEJ NA RZECZ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI (MAX. 2000 ZNAKÓW):**

****

1. **INFORMACJE O DOTYCHCZAS OTRZYMANYCH NAGRODACH I WYRÓŻNIENIACH KANDYDATA ZE WSKAZANIEM ROKU PRZYZNANIA (MAX. 2000 ZNAKÓW):**

****

1. **OPIS DOTYCHCZASOWYCH OSIAGNIĘĆ KANDYDATA**

**Należy przedstawić informacje potwierdzające spełnienie przez kandydata ubiegającego się o nagrodę szczegółowych kryteriów merytorycznych, w szczególności odnoszących się do podejmowanej działalności w pracy terapeutycznej na rzecz osób z niepełno-sprawnościami w następującym zakresie:**

1. **wdraża i upowszechnia innowacyjne metody terapeutyczne. Jeżeli tak, wymienić jakie (max. 2000 znaków):**



1. **tworzy i realizuje modelowe rozwiązania zwiększające samodzielność i aktywność społeczną i zawodową osób z niepełnosprawnościami. Jeżeli tak, wymienić jakie   
   (max. 2000 znaków):**



1. **uzyskuje szczególne efekty w pracy terapeutycznej poprzez zaangażowanie w pracę na rzecz osób z niepełnosprawnościami (np. wysoka efektywność procesu usamodzielniania i uzyskiwania niezależności społecznej, efektywność zatrudnieniowa podopiecznego, uzyskiwanie nagród i/lub wyróżnień w konkursach o zasięgu regionalnym i ogólnopolskim. Jeżeli tak, wymienić jakie (max. 2000 znaków):**



1. **promuje i upowszechnia w środowisku dobre praktyki w pracy z osobami   
   z niepełnosprawnościami. Jeżeli tak, wymienić jakie (max. 2000 znaków):**



1. **opracowuje i rozwija wysokie standardy jakości usług terapeutycznych w pracy   
   z osobami niepełnosprawnymi. Jeżeli tak, wymienić jakie (max. 2000 znaków):**



1. **tworzy i wdraża autorskie programy terapeutyczne na rzecz osób niepełnosprawnych. Jeżeli tak, wymienić jakie (max 2000 znaków):**



1. **wspiera wiedzą i doświadczeniem innych terapeutów zajęciowych. Jeżeli tak, wymienić jakie (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

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: |
| 3.1 | Rekomendacja wystawiona przez Kliknij tutaj i wpisz |
| 3.2 | Rekomendacja wystawiona przez Kliknij tutaj i wpisz |
| 4. | Inne (np. zaświadczenia, certyfikaty, dyplomy, świadectwa, listy gratulacyjne): |

………………………………… ………………….……………………………

miejscowość, data podpis osoby upoważnionej Wnioskodawcy