

pieczęć wnioskodawcy

data przyjęcia wniosku

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

1. Dane Wnioskodawcy

1. Imię i nazwisko: Kliknij tutaj i wpisz imię i nazwisko osoby reprezentującej wnioskodawcę

2. Funkcja: Kliknij tutaj i wpisz funkcję osoby reprezentującej wnioskodawcę

3. Instytucja: Kliknij tutaj i wpisz nazwę instytucji

4. 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

miejsowość: 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

2. 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

miejsowość: 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

miejsowość: 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

miejsowość: 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](#)

miejsowość: [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](#)

miejsowość: [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. 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):

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

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

4. 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.

.....
miejsowość, data

.....
podpis kandydata

.....
miejsowość, data

.....
podpis kandydata

.....
miejsowość, data

.....
podpis kandydata

.....
miejsowość, data

.....
podpis kandydata

.....
miejsowość, data

.....
podpis kandydata

5. 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):

.....
miejsowość, data

.....
podpis osoby
upoważnionej Wnioskodawcy