**ФОРМА ЗАЯВКИ**

**для участі у річному циклі навчання з розробки стратегій розвитку об’єднаних територіальних громад**

**УВАГА! До розгляду приймаються повністю заповнені заявки, завірені підписом міського, селищного, сільського голови та печаткою місцевої ради.**

|  |  |
| --- | --- |
| Повна назва ОТГ |  |
| Область  |  |
| Веб-сайт органу місцевого самоврядування  |  |
| **Загальна інформація** |
| Чисельність населення |  |
| Територія, га |  |
| Кількість територіальних громад, що входять до складу ОТГ |  |
| Відстань до обласного центру |  |
| Профіль громади | * Сільськогосподарська
* Промислова
* Туристична
* Транспортний вузол
* Інше (зазначити)
 |
| Кількість зареєстрованих у територіальній громаді та діючих юридичних осіб |  |
| Кількість органів посадових осіб місцевого самоврядування |  |
| **Стратегія** |
| Чому, на Вашу думку, вашій територіальній громаді потрібна стратегія розвитку? Що дасть цей документ вашій територіальній громаді? | Максимум 500 слів |
| На вашу думку, чи є у вашій територіальній громаді можливість та необхідний кадровий ресурс для того, щоб підготувати стратегію та впровадити її? Аргументуйте свою відповідь. | Максимум 200 слів |
| Чи ініціювала територіальна громада підготовку стратегії розвитку? Якщо так, опишіть процес та етап, на якому ви знаходитесь. | Максимум 200 слів |
| **Участь у впровадженні проектів** |
| Чи подавала територіальна громада проектні пропозиції на оголошені конкурси (в т.ч. на одержання фінансування в рамках ДФРР)? | Максимум 200 слів |
| Чи були відібрані подані пропозиції для фінансування? | Максимум 200 слів |
| Чи брала/бере ваша територіальна громада участь у впровадженні проектів МТД? | Максимум 200 слів |
| Чи має територіальна громада громаду-партнера в Європейському Союзі? | Якщо так, зазначити в якій країні |
| **Інформація про організацію-партнера\* (місцева громадська організація)** |
| Назва організації |  |
| Рік створення |  |
| Кількість працівників |  |
| Основні напрями діяльності (макс 3) |  |
| Короткий опис діяльності  | Максимум 500 слів |
| Контактні дані |  |
| **Інформація про учасників навчання\*\*** |
| Від ОМС |  |
| ПІБ |  |
| Повна назва посади  |  |
| Коло обов’язків | 100 слів |
| Досвід роботи (макс. 5 останніх робочих місць) |  |
| Контактні дані:* номер мобільного телефону
* адреса електронної пошти
 |  |
| Від громадської організації |  |
| ПІБ |  |
| Повна назва посади  |  |
| Опис діяльності | 100 слів |
| Досвід роботи (макс. 5 останніх робочих місць) |  |
| Контактні дані:* номер мобільного телефону
* адреса електронної пошти
 |  |
| Форму заповнено | *ПІБ, посада, телефон* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Підпис міського* *(селищного, сільського )голови* *Печатка*  | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Дата* |

**Для участі у відборі необхідно до 18.00 год. 7 квітня надіслати підписану головою місцевої ради та завірену печаткою заповнену заявку на електронну адресу** **strategy@auc.org.ua**

\* Є обов’язковою умовою участі у навчанні

\*\* Запропоновані учасники мають брати участь у всіх навчальних сесіях, заміни не допускаються.