



Załącznik nr 1:

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014 - 2020
Oś Priorytetowa 2 Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji
Działanie 2. 10. Wysoka jakość systemu oświaty
Projekt pt. „Szkoła Trenerów Procesu Wspomagania II”

PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE **KAŻDEJ** POZYCJI FORMULARZA

A. DANE PODSTAWOWE

Imię											
Nazwisko											
Płeć	<input type="checkbox"/> KOBIECIA					<input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA					
PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) (brak formalnego wykształcenia)					<input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)					
	<input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)					<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) (kształcenie zakończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)					
	<input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)					<input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8) (kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich)					

B. DANE KONTAKTOWE

Adres zamieszkania:

Województwo					Powiat							
Gmina					Miejscowość							
Ulica					Nr budynku				Nr lokalu			
Kod pocztowy	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
			Numer telefonu	<input type="text"/>								
Adres e-mail												
Adres do korespondencji (jeśli inny niż powyżej)												



C. GRUPA DOCELOWA

- Pracownik publicznej lub niepublicznej placówki doskonalenia nauczycieli (PDN, ODN, itp.)
- Pracownik publicznej lub niepublicznej poradni psychologiczno-pedagogicznych (PPP)
- Pracownik biblioteki pedagogicznej (BP)
- Doradca metodyczny w instytucji systemu wspomagania (PPP, PDN, ODN, BP)
- Indywidualny specjalista lub trener (świadczący usługi szkoleniowe i doradcze w obszarze oświaty) posiadający potwierdzoną współpracę, z co najmniej jedną z ww. instytucji systemu wspomagania (BP, PDN, ODN, PPP)
- Indywidualny specjalista lub trener (świadczący usługi szkoleniowe i doradcze w obszarze oświaty), deklarujący nawiązanie współpracy, z co najmniej jedną z ww. instytucji systemu wspomagania (BP, PDN, ODN, PPP)

D. INFORMACJA O ZATRUDNIENIU

Stanowisko					
Kadra kierownicza	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE				
Nazwa miejsca pracy					
NIP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Powiat	<input type="text"/>		Gmina	<input type="text"/>	
Kod pocztowy	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>	
Ulica	<input type="text"/>		Nr budynku	<input type="text"/>	Nr lokalu
Telefon do miejsca pracy	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Adres e-mail miejsca pracy	<input type="text"/>	

E. STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
w tym:	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej
	<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek
	<input type="checkbox"/> inne:



F. STATUS OSOBY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej¹, migrant², osoba obcego pochodzenia³	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań⁴	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami (jeśli zaznaczono TAK prosimy o dołączenie kopii orzeczenia o niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
Jeśli Pani/Pan posiada specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności, prosimy o ich wskazanie. Pozwoli to na dostosowanie wsparcia do Pani/Pana potrzeb.	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (osoby z obszarów wiejskich, osoby z wykształceniem poniżej podstawowego)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI

G. POZOSTAŁE INFORMACJE

Zapotrzebowanie na bezpłatny nocleg zgodnie z Regulaminem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Wskazania w zakresie diety	<input type="checkbox"/> w trakcie szkolenia proszę o posiłek bezmięсны <input type="checkbox"/> inne:.....
NUMER GRUPY SZKOLENIOWEJ	
Chcę podnieść kompetencje w zakresie wykorzystania systemu wspomagania rozwoju kompetencji kluczowych uczniów niezbędnych do poruszania się na rynku pracy, nauczania eksperymentalnego, właściwych postaw uczniów oraz metod zindywidualizowanego podejścia do ucznia w ramach cyklu trzech trzydniowych szkoleń stacjonarnych lub szkoleń zdalnych w czasie rzeczywistym.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Ukończyłem/ukończyłam szkolenia w projekcie pt. „System doskonalenia nauczycieli” realizowanym przez ORE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

¹**Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej** - zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.

²**Migrant** - cudzoziemiec na stałe mieszkający w danym państwie, obywatel obcego pochodzenia lub obywatel należący do mniejszości.

³**Osoba obcego pochodzenia to cudzoziemiec** - osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.

⁴**Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** - zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego:

- bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach);
- bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/ karne/ szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane);
- niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą);
- nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).





Proszę wskazać, w zakresie której kompetencji kluczowej, najbardziej jest Pan/Pani zainteresowany/a podnoszeniem swojej wiedzy i kompetencji	<input type="checkbox"/> kształtowania kompetencji kluczowych dzieci w wieku przedszkolnym <input type="checkbox"/> kompetencji informatycznych (TIK) <input type="checkbox"/> kompetencji matematyczno-przyrodniczych <input type="checkbox"/> kompetencji językowych <input type="checkbox"/> kompetencji eksperymentalnego uczenia się <input type="checkbox"/> kompetencji kształtowania postaw
Proszę wskazać, w zakresie którego etapu najbardziej jest Pan/i zainteresowany/a podnoszeniem swojej wiedzy i kompetencji	<input type="checkbox"/> etap edukacji przedszkolnej <input type="checkbox"/> I etap kształcenia <input type="checkbox"/> II etap kształcenia <input type="checkbox"/> III etap kształcenia <input type="checkbox"/> wszystkie etapy

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/podpisana, w związku z przystąpieniem do Projektu, oświadczam, że:

1. Zapoznałem/Zapoznałam się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie i akceptuję jego warunki.
2. Spełniam i akceptuję wszystkie kryteria formalne dla Uczestników/czek Projektu określone Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „Szkoła Trenerów Procesu Wspomagania II” tj. jestem pracownikiem publicznej lub niepublicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, placówki doskonalenia nauczycieli, biblioteki pedagogicznej, doradcą metodycznym, lub osoba świadcząca usługi doradcze i szkoleniowe w obszarze oświaty, które mają potwierdzoną współpracę z ww. instytucją bądź deklarują nawiązanie takiej współpracy.
3. Zostałem/Zostałam poinformowany/poinformowana, że zajęcia mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania.
4. Zostałem/Zostałam poinformowany/poinformowana, że projekt „Szkoła Trenerów Procesu Wspomagania II” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
5. Zobowiązuję się poinformować Organizatora, jeśli będę w okresie wypowiedzenia, bądź będę z przyczyn niezależnych przebywać na zwolnieniu lekarskim i w związku z tym nie będę mógł/nie będę mogła uczestniczyć w szkoleniu.
6. W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie, zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o tym fakcie Organizatora.
2. Zostałem/Zostałam poinformowany/poinformowana o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Organizatora oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej.
3. W związku z obowiązkiem upowszechniania informacji dotyczących realizacji projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej oraz promocji **wyrażam zgodę na utrwalanie mojego wizerunku** na zdjęciach, publikowanie zdjęć, w tym na stronie internetowej, portalach społecznościowych czy w prasie.
4. Dane podane w niniejszym dokumencie są zgodne ze stanem faktycznym.

data

miejscowość

czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu