



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

TYTUŁ PROJEKTU	Szkolenia z zakresu edukacji włączającej dla pracowników systemu oświaty i JST w woj. kujawsko-pomorskim
Nr PROJEKTU	POWR.02.10.00-00-1015/21
Proszę zaznaczyć przynależność do jednej z grup	<input type="checkbox"/> Pracownik placówki doskonalenia nauczycieli <input type="checkbox"/> Nauczyciel przedszkolny <input type="checkbox"/> Nauczyciel w szkole podstawowej/szkole artystycznej realizującej kształcenie ogólne w zakresie szkoły podstawowej <input type="checkbox"/> Nauczyciel liceum ogólnokształcącego/szkoły artystycznej realizującej kształcenie ogólne w zakresie liceum ogólnokształcącego <input type="checkbox"/> Nauczyciel technikum <input type="checkbox"/> Nauczyciel w szkole branżowej I i/lub II stopnia <input type="checkbox"/> Przedstawiciel kadry kierowniczej przedszkola <input type="checkbox"/> Przedstawiciel kadry kierowniczej w szkole podstawowej/szkole artystycznej realizującej kształcenie ogólne w zakresie szkoły podstawowej <input type="checkbox"/> Przedstawiciel kadry kierowniczej liceum ogólnokształcącego/szkoły artystycznej realizującej kształcenie ogólne w zakresie liceum ogólnokształcącego <input type="checkbox"/> Przedstawiciel kadry kierowniczej technikum <input type="checkbox"/> Przedstawiciel kadry kierowniczej w szkole branżowej I i/lub II stopnia <input type="checkbox"/> Pracownik JST odpowiedzialny za edukację, w szczególności edukację włączającą (przede wszystkim kadra kierownicza/decyzyjna) <input type="checkbox"/> Pracownik kuratorium oświaty

Instrukcja wypełniania Formularza:

1. Odpowiedź prosimy zakreślić krzyżykiem.
2. Prosimy o wpisanie wymaganych informacji drukowanymi literami. Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól.

INFORMACJE O UCZESTNIKU I ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH											
Imię											
Nazwisko											
Data urodzenia											
Miejsce urodzenia											
PESEL											
Płeć	<input type="checkbox"/> KOBIEТА					<input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA					



Wykształcenie (proszę zaznaczyć 1 odpowiedź, odpowiadającą najwyższemu poziomowi uzyskanego wykształcenia)	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2)	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> Policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)
DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA		
Adres zamieszkania Uczestnika (wg kodeksu cywilnego¹)	Województwo	
	Powiat	
	Gmina	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr budynku	
	Nr lokalu	
	Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy		
Adres poczty elektronicznej (e-mail)		
Szczegóły wsparcia:		
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	Osoba pracująca	
W tym (proszę zaznaczyć właściwe):	<ul style="list-style-type: none"> • Osoba pracująca w administracji samorządowej • Inne 	
Wykonywany zawód	<ul style="list-style-type: none"> • Nauczyciel kształcenia ogólnego • Nauczyciel kształcenia przedszkolnego • Nauczyciel kształcenia zawodowego • Inny 	

¹ Zgodnie z art. 25 kodeksu cywilnego miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.



<p>Zatrudniony w:</p> <p><i>(informacja nt. położenia szkoły / placówki jest niezbędna dla celów stworzenia listy rankingowej Uczestników)</i></p>	<p>Województwie kujawsko-pomorskim w :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><i>(proszę podać pełną nazwę i pełen adres szkoły / placówki, wraz z kodem pocztowym i nazwą miejscowości, w której znajduje się szkoła / placówka)</i></p>
<p>Z powodu niepełnosprawności zgłaszam następujące potrzeby <i>(proszę wypełnić tylko wtedy, gdy dotyczy):</i></p>	<p><input type="checkbox"/> mam problemy ze wzrokiem, potrzebuję materiałów szkoleniowych drukowanych ze zwiększoną czcionką, kontrastem (lub podręcznik audio),</p> <p><input type="checkbox"/> potrzebuję pomocy tłumacza języka migowego,</p> <p><input type="checkbox"/> mam problemy z poruszaniem się, potrzebuję zakwaterowania i realizacji szkoleń w miejscu bez barier architektonicznych,</p> <p><input type="checkbox"/> inne (jaki?)</p>

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

(w każdym wierszu proszę zaznaczyć 1 możliwość):

1.	Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
2.	Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
3.	Jestem osobą z niepełnosprawnościami ²	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
4.	Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji

POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA

² osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2016 r., poz. 2046 z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2017 r., poz. 882 z późn. zm.), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia



- Oświadczam, że nie uczestniczyłem/łam w szkoleniach w ramach projektów: „Asystent Ucznia ze Specjalnymi Potrzebami Edukacyjnymi”, „Przestrzeń Dostępnej Szkoły”, „Pilotażowe wdrożenie modelu Specjalistycznych Centrów Wspierających Edukację Włączającą”.
- Wyrażam zgodę na odbywanie szkoleń w dni wolne od pracy, tj. w sobotę i niedzielę, z wyłączeniem dni świątecznych (zgodnie z harmonogramem poszczególnych szkoleń).
- Oświadczam, że dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą. W przypadku zmiany danych zobowiązuje się dokonać aktualizacji.
- Oświadczam, że zostałam/em pouczone/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
- Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji do Projektu i akceptuję jego zapisy.
- Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o tym, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej.
- Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o konieczności przekazania danych dotyczących mojego statusu na rynku pracy oraz informacji na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie.
- Wyrażam zgodę na udział w procesie monitoringu i ewaluacji projektu, w tym m.in. wypełnianie ankiet, pretestu (przed rozpoczęciem szkolenia) i posttestu (po zakończeniu szkolenia)

Miejscowość i data

Czytelny podpis uczestniczki/a