Załącznik nr 1c do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa
w projekcie „Edukacja w Gminie Wyry

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – KADRA PEDAGOGICZNA**

**do projektu „Edukacja włączająca w Gminie Wyry"**

**DANE UCZESTNIKA PROJEKTU:**

Nazwisko: …… Imię: ……..……..……..……

PESEL.....[1]

Obywatelstwo:

☐ polskie

☐ brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE

☐ brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

Wykształcenie (wg ISCED) wyższe (ISCED 5-8)
☐ TAK ☐ NIE

**DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA PROJEKTU:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Kraj** | | **Województwo** | |
| **Powiat** | | **Gmina** | |
| **Miejscowość** | | **Kod pocztowy** | |
| **Telefon kontaktowy [2]** | | **Adres poczty elektronicznej (e-mail)** | |

**STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:**

1) Osoba obcego pochodzenia: ☐ NIE ☐ TAK
2) Osoba państwa trzeciego ☐ NIE ☐ TAK
3) Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej)
☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI ☐ TAK
4) Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań ☐ NIE ☐ TAK
5) Osoba z niepełnosprawnościami ☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI ☐ TAK

Specyficzne wymagania/potrzeby związane z udziałem uczestnika/uczestniczki z niepełnosprawnością w projekcie (dotyczące m.in. dostępności, w tym miejsca realizacji zajęć, sposobu prowadzenia, dostępności przekazywanych treści, przekazywania materiałów w formie dostępnej, stosowania różnych rodzajów przekazu informacji, zapewnienia asystenta osoby niepełnosprawnością, itp.)

……

……

……

[1] W przypadku braku PESEL, wpisać inny identyfikator.
[2] Należy podać przynajmniej jeden sposób kontaktu: telefon kontaktowy lub adres email

**Zgłaszam chęć udziału w następujących formach wsparcia**[3]:

**Nauczyciele pracujący w SP w Wyrach**

- ☐ Szkolenie „Kids skills”
- ☐ Uwaga słuchowa wg metody prof. A. Thomatis - szkolenie z auto - psycho fonologii I stopień
- ☐ Superwizje dla nauczycieli

**Nauczyciele pracujący w SP w Gostyni**

- ☐ Metoda Warnkego diagnoza i trening słuchowy, wzrokowy i motoryczny
- ☐ Terapia sztuką w pracy z dziećmi i młodzieżą lub równoważne
- ☐ Szkolenie pn."Widzę człowieka w edukacji" – praktyczny kurs NVC lub równoważny
- ☐ Zapobieganie dyskryminacji i przemocy w edukacji

**Spełnianie kryteriów rekrutacji premiujących**[4]

☐ rekomendacja dyrektora szkoły potwierdzająca potrzebę podwyższenia kompetencji z danego zakresu 3 pkt.,

☐ orzeczenie o niepełnosprawności – 3 pkt,

☐ wykształcenie kierunkowe, którego szkolenie będzie uzupełnieniem - 1 pkt.

Niniejszym oświadczam , że :

1. Zapoznałem/łam się z Regulaminem Projektu oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.
2. Zostałem/łam poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
3. Zostałem poinformowany/a o możliwości odmowy podania szczególnych kategorii danych (przynależności narodowej lub etnicznej, niepełnosprawności).
4. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym.
5. Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

…… ……..……

*Miejscowość, data* *Czytelny podpis nauczycielki / nauczyciela*

***REKOMENDACJA DYREKTORA SZKOŁY***

*Ja niżej podpisana*

☐ *pozytywnie* ☐ *negatywnie*

*rekomenduję udział w/w osoby w deklarowanym rodzaju wsparcia.*

…… ……...

*Miejscowość, data* *Podpis Dyrektora*

[3] Zaznaczyć właściwe znakiem „X”

[4] Zaznaczyć znakiem „X” w przypadku spełniania danego kryterium.