

Projekt: „Wspieramy nauczycieli prowadzących edukację zdalną”
Numer projektu: 23/F2/2021

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

1. Dane podstawowe

Imię (imiona)											
Nazwisko											
Data i miejsce urodzenia											
PESEL											
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna										
Tel. kontaktowy											
E-mail											
Poziom wykształcenia	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne					<input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe I stopnia (licencjackie, inżynierskie) <input type="checkbox"/> wyższe II stopnia (magisterskie) <input type="checkbox"/> wyższe III stopnia (doktoranckie)					

DANE ADRESOWE

Ulica			
Nr budynku		Nr lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość	
Gmina		Powiat	
Województwo			

2. Zakres wsparcia projektowego

2.1 Nazwa szkoły/przedszkola, w której/ym uczyć/pracuję			
2.2 Adres szkoły/przedszkola, w której/ym uczyć/pracuję			
2.3 Nazwa przedmiotu/kierunku kształcenia, na którym uczyć (jeżeli dotyczy)			
2.4 Poziom umiejętności w zakresie edukacji zdalnej	<input type="checkbox"/> Podstawowy		<input type="checkbox"/> Zaawansowany

3. Status kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć odpowiednio x):	
3.1 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 organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP (mikro-, małym-, średnim- przedsiębiorstwie) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne (jaki?)
3.2 Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inny (jaki?)
3.3 Nazwa zakładu pracy	

4. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć odpowiednio x):	
4.1 Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
4.2 Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
4.3 Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
<i>Jeżeli zaznaczono TAK proszę wpisać niezbędne potrzeby w tym zakresie np. ułatwienia architektoniczne, dostowane stanowisko pracy itp.</i>
4.4 Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

Oświadczam, że:

- Zapoznałem(a)m się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Wspieramy nauczycieli prowadzących edukację zdalną” oraz akceptuję jego warunki.
- Zostałem(a)m poinformowany/a, że projekt pn. „Wspieramy nauczycieli prowadzących edukację zdalną” realizowany przez MCE Rafał Leśniak - Niepubliczna Placówka Doskonalenia Nauczycieli, jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020.
- Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, potwierdzam prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika