



Data wpływu do Organizatora:

Dodatkowe punkty

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Do projektu „Akademia kompetencji kluczowych dla nauczycieli, trenerów i pracowników systemu wspomagania pracy szkoły”

DANE OSOBOWE KANDYDATA			
1.	Nazwisko		2. Imię
3.	PESEL		4. Płeć (K/M)
5.	Data urodzenia		6. Miejsce urodzenia
7.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Średnie <input type="checkbox"/> Pomaturalne <input type="checkbox"/> Wyższe <input type="checkbox"/> Inne (jakie?).....	
DANE DOTYCZĄCE MIEJSCA ZAMIESZKANIA			
8.	Ulica		
9.	Nr budynku	10. Nr lokalu	
11.	Miejscowość	12. Kod pocztowy	
13.	Województwo	14. Powiat	
15.	Gmina	16. Obszar	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
17.	Telefon	18. Adres e-mail	
DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI ZAWODOWEJ			
19.	Jestem osobą pracującą <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <i>Jeżeli zaznaczono odpowiedź twierdzącą, proszę o zaznaczenie odpowiedniego pola obok</i>	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <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 (jakie?)	
20.	Pełna nazwa zakładu pracy		
21.	Wykonywany zawód		
22.	Jestem pracownikiem instytucji systemu wspomagania lub trenerem współpracującym/zamierzającym współpracować z taką instytucją <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <i>Jeżeli zaznaczono odpowiedź twierdzącą, proszę o zaznaczenie odpowiedniego pola obok</i>	<input type="checkbox"/> pracownik publicznej lub niepublicznej placówki doskonalenia nauczycieli <input type="checkbox"/> pracownik publicznej lub niepublicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> pracownik biblioteki pedagogicznej <input type="checkbox"/> doradca metodyczny <input type="checkbox"/> trener (osoba świadcząca usługi szkoleniowe i doradcze w obszarze oświaty, która ma potwierdzoną współpracę, z co najmniej jedną z ww. wymienionych instytucji systemu wspomagania (BP, PDN, PPP) bądź deklaruje nawiązanie takiej współpracy).	



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

23.	Liczba szkół, przedszkoli i/lub placówek, z którymi stale współpracuję, które deklarują gotowość do przeprowadzenia pełnego cyklu wspomagania	<input type="checkbox"/> żadna <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 i więcej
24.	Pełne nazwy ww. szkół, przedszkoli i/lub placówek wraz z danymi adresowymi i osobą do kontaktu	
DANE DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA		
25.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmawiam podania danych
26.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmawiam podania danych
27.	Osoba niepełnosprawna (posiadająca stwierdzony stopień niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmawiam podania danych
28.	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
29.	w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
30.	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
31.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmawiam podania danych

Oświadczam, że:

Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji do Projektu „Akademia kompetencji kluczowych dla nauczycieli, trenerów i pracowników systemu wspomagania pracy szkoły” oraz akceptuję jego warunki.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, potwierdzam prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji.

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis Kandydata