



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NAUCZYCIELA/NAUCZYCIELKI do projektu „Edukacja specjalna w Powiecie Bielskim”

CZĘŚĆ A DANE UCZESTNIKA PROJEKTU

Miejsce pracy:			
Nazwisko		Imię (imiona)	
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
PESEL			
Miejsce zamieszkania			
Województwo		Powiat	
Gmina		Miejscowość	
Ulica, numer domu/mieszkania		Kod pocztowy	
Tel. stacjonarny/ komórkowy		E-mail:	

CZĘŚĆ B FORMY WSPARCIA

Proszę zaznaczyć znakiem X szkolenia w których Pan/Pani chciałby uczestniczyć. Dla każdego wybranego szkolenia proszę wypełnić część C formularza.

Lp.	Rodzaj zajęć	Wybór
1.	Szkolenie Terapia taktylna	
2.	Szkolenie z zakresu Techniki SAZ	
3.	Szkolenie BIOFEEDBACK EEG	
4.	Szkolenie z zakresu TIK	
5.	Szkolenie z zakresu Terapii Behawioralnej	

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że:

1. wszystkie dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą;
2. zapoznałem/am się i akceptuję warunki określone w Regulaminie Rekrutacji i udziału w Projekcie;
3. zostałem/am poinformowany/a, że Projekt „Edukacja specjalna w Powiecie Bielskim” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020;
4. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym dla potrzeb rekrutacji do projektu, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. Ochronie danych Osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922)

.....
data czytelny podpis



Uwaga: Część C formularza należy wypełnić oddzielnie dla każdego szkolenia wskazane w części B.

Część C KRYTERIA JAKOŚCIOWE

Imię i nazwisko uczestnika: Tytuł szkolenia:

CZĘŚĆ C 1 – WYPEŁNIANA PRZEZ NAUCZYCIELA

Stopień awansu zawodowego			
<input type="checkbox"/> Stażysta	<input type="checkbox"/> kontraktowy	<input type="checkbox"/> mianowany	<input type="checkbox"/> dyplomowany
Deklaracja wykorzystania kompetencji w pracy (0-2 pkt.)			
Proszę krótko opisać jak planuje Pan/Pani wykorzystać nabyte kompetencje w pracy z dziećmi.			
Posiadanie dodatkowych kwalifikacji (0 – 2 pkt.; 1-1 pkt; 3 i więcej – 0 pkt)			
Pełnienie funkcji wychowawcy klasy		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<i>Podpis nauczyciela</i>			



CZĘŚĆ C 2 – WYPEŁNIANA PRZEZ DYREKTORA/PRZEŁOŻONEGO NAUCZYCIELA

Ocena zasadności i przydatności doskonalenie (opinia Dyrektora placówki) – (0-3 pkt.)

Dyrektor/Przełożony dokonuje oceny przydatności doskonalenia nauczyciela i określa w formularzu zgłoszeniowym nauczyciela stopień przydatności formy wsparcia w zakresie rozwijania umiejętności i kompetencji zawodowych, zakreśla znak X przy odpowiednim stwierdzeniu i wskazuje krótkie uzasadnienie.

<input type="checkbox"/> Wysoka zasadność	<input type="checkbox"/> umiarkowana zasadność	<input type="checkbox"/> zasadność niska	<input type="checkbox"/> brak zasadności
Zaangażowanie w prowadzenie zajęć dla dzieci w ramach projektu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
<i>Podpis Dyrektora/przełożonego</i>			