**Załącznik nr 1:**

**Formularz zgłoszeniowy**

**Projekt „Szkoła Trenerów Procesu Wspomagania”**

**Formularz zgłoszeniowy**

***Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014 - 2020***

***Oś Priorytetowa 2*** *Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji*

***Działanie 2. 10.*** *Wysoka jakość systemu oświaty*

***Projekt pt. „Szkoła Trenerów Procesu Wspomagania”***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A. DANE UCZESTNIKA** | | | | |
| **Imię** | |  | | |
| **Nazwisko** | |  | | |
| **Płeć** | | Kobieta  Mężczyzna | | |
| **PESEL** | |  | | |
| **Wykształcenie** | | **brak**  (brak formalnego wykształcenia) | | **podstawowe** (ISCED 1)  (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) |
| **gimnazjalne** (ISCED 2)  (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) | | **ponadgimnazjalne**(ISCED 3)**, w tym:**  (kształcenie zakończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)  **zasadnicze zawodowe**  **średnie ogólnokształcące**  **średnie zawodowe** |
| **policealne** (ISCED 4)  (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) | | **wyższe**(ISCED 5-8)  (kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich) |
| **B. DANE KONTAKTOWE** | | | | |
| **Adres zamieszkania:** | | | | |
| Województwo | |  | | |
| Powiat | |  | | |
| Gmina | |  | | |
| Miejscowość | |  | | |
| Obszar | | wiejski  miejski  wiejsko-miejski | | |
| Kod pocztowy | |  | | |
| Poczta | |  | | |
| Ulica | |  | | |
| Nr budynku | |  | | |
| Nr lokalu | |  | | |
| **Telefon kontaktowy** | |  | | |
| **Adres e-mail** | |  | | |
| **Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż powyżej)** | |  | | |
| **Zatrudnienie** | | Pracownik systemu wspomagania szkoły tj.  Pracownik publicznej lub niepublicznej placówki doskonalenia nauczycieli (PDN)  pracownik publicznej lub niepublicznej poradni psychologicznopedagogicznych (PPP)  pracownik biblioteki pedagogicznej (BP)  doradca metodyczny  Trener świadczący usługi szkoleniowe i doradcze w obszarze oświaty, posiadający potwierdzoną współpracę, z co najmniej jedną z ww. instytucji systemu wspomagania (BP, PDN, PPP)  bądź deklarujący nawiązanie takiej współpracy.  Indywidualny specjalista (świadczący usługi szkoleniowe i doradcze w obszarze oświaty, posiadający potwierdzoną współpracę, z co najmniej jedną z ww. instytucji systemu wspomagania (BP, PDN, PPP) bądź deklarujący nawiązanie takiej współpracy. | | |
| **Zajmowane stanowisko** | |  | | |
| **Kadra kierownicza** | | tak  nie | | |
| Nazwa Zakładu Pracy | |  | | |
| NIP zakładu pracy | |  | | |
| Województwo | |  | | |
| Powiat | |  | | |
| Gmina | |  | | |
| Miejscowość | |  | | |
| Kod pocztowy | |  | | |
| Poczta | |  | | |
| Ulica | |  | | |
| Nr budynku | |  | | |
| Nr lokalu | |  | | |
| **Telefon kontaktowy** | |  | | |
| **Adres e-mail** | |  | | |
| **C. STATUS UCZESTNIKA**  **W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | | | | |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej[[1]](#footnote-1), migrant[[2]](#footnote-2), osoba obcego pochodzenia[[3]](#footnote-3)** | tak  nie  odmawiam podania danych | | | |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań[[4]](#footnote-4)** | tak  nie | | | |
| **Osoba z niepełnosprawnościami (jeśli zaznaczano TAK proszę o dołączenie kopii orzeczenia o niepełnosprawności)** | tak  nie  odmawiam podania danych | | | |
| Jeśli Pani/Pan posiada specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności, prosimy o ich wskazanie. Pozwoli to na dostosowanie wsparcia do Pani/Pana potrzeb. |  | | | |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej innej niż wymienione powyżej** (osoby z terenów wiejskich, osoby z wykształceniem poniżej podstawowego, byli więźniowie, narkomani) | tak  nie  odmawiam podania danych | | | |
| **D. STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY**  **W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | | | | |
| **Osoba pracująca, w tym:** | | | tak  nie | |
| osoba pracująca w administracji rządowej | | | tak  nie | |
| osoba pracująca w administracji samorządowej | | | tak  nie | |
| osoba pracująca w mikro-, małym lub średnim przedsiębiorstwie | | | tak  nie | |
| osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie | | | tak  nie | |
| osoba pracująca w organizacji pozarządowej | | | tak  nie | |
| osoba prowadząca działalność na własny rachunek | | | tak  nie | |
| inne | | | tak  nie | |
| **E. POZOSTAŁE INFORMACJE** | | | | |
| **Informacje dotyczące organizacji szkolenia**  (o ile dotyczy) | **Będę korzystał z bezpłatnego noclegu w ramach szkoleń**  **W trakcie szkolenia proszę o posiłek bezmięsny** | | | |
| Wskazania w zakresie diety |  | | | |
| **Numer grupy szkoleniowej** |  | | | |
| Chcę podnieść kompetencje w zakresie wykorzystania systemu wspomagania rozwoju kompetencji kluczowych uczniów niezbędnych do poruszania się na rynku pracy, nauczania eksperymentalnego, właściwych postaw uczniów oraz metod zindywidualizowanego podejścia do ucznia w ramach cyklu trzech trzydniowych szkoleń | tak  nie | | | |

**OŚWIADCZENIE**

**Ja, niżej podpisany/na, w związku z przystąpieniem do Projektu, oświadczam, że:**

* 1. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie oraz akceptuję jego warunki.
  2. Spełniam i akceptuję wszystkie kryteria formalne dla Uczestników/czek Projektu określone Regulaminem rekrutacji   
     i uczestnictwa w Projekcie „Szkoła Trenerów Procesu Wspomagania” tj. jestem pracownikiem publicznej lub niepublicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, placówki doskonalenia nauczycieli, biblioteki pedagogicznej, doradcą metodycznym, lub osoba świadczącą usługi doradcze i szkoleniowe w obszarze oświaty, które mają potwierdzona współprace z ww. instytucją bądź deklarują nawiązanie takiej współpracy.
  3. Zostałem/am poinformowany/a, że zajęcia mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania;
  4. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Szkoła Trenerów Procesu Wspomagania” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
  5. Zobowiązuję się poinformować Organizatora, jeśli będę w okresie wypowiedzenia, bądź będę z przyczyn niezależnych przebywać na zwolnieniu lekarskim i w związku z tym nie będę mógł/a uczestniczyć w szkoleniu;
  6. W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie, zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o tym fakcie Organizatora.

1. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzanych przez Organizatora oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej.
2. W związku z obowiązkiem upowszechniania informacji dotyczących realizacji projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej oraz promocji wyrażam zgodę na utrwalanie mojego wizerunku na zdjęciach, publikowanie zdjęć, w tym na stronie internetowej, portalach społecznościowych czy w prasie.
3. Dane podane w niniejszym dokumencie są zgodne ze stanem faktycznym.

miejscowość, data czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki

1. **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej**- zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. [↑](#footnote-ref-1)
2. **Migrant** - cudzoziemiec na stale mieszkający w danym państwie, obywatel obcego pochodzenia lub obywatel należący do mniejszości. [↑](#footnote-ref-2)
3. **Osoba obcego pochodzenia to cudzoziemiec** - osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski. [↑](#footnote-ref-3)
4. **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** – zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego:

   - bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach);

   - bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/ karne/ szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane);

   - niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą);

   - nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie). [↑](#footnote-ref-4)