

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
„Wsparcie na starcie!”
Nauczyciele

realizowanego w ramach RPO WZ 2014-2020, Oś Priorytetowa VIII Edukacja
Działanie 8.4 Upowszechnienie edukacji przedszkolnej oraz wsparcie szkół i placówek prowadzących kształcenie ogólne oraz uczniów uczestniczących w kształceniu podstawowym, gimnazjalnym i ponadgimnazjalnym w ramach Strategii ZIT dla Koszalińsko-Kołobrzesko-Białogardzkiego Obszaru Funkcjonalnego

Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania
(podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu)

FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, A POLA WYBORU ZAZNACZYĆ „X”.

1. Dane kandydata/kandydatki:			
Rodzaj uczestnika	<input type="checkbox"/> Indywidualny <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji / podmiotu		
Nazwisko:			
Imię/Imiona:			
Data urodzenia:		Wiek w chwili przystąpienia do projektu:	
PESEL:			
Płeć (właściwie zaznaczyć znakiem x):		Wykształcenie (właściwie zaznaczyć znakiem x):	
<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Wyższe	
Miejscowość zamieszkania:		Kod pocztowy:	
Ulica:		Gmina:	
Nr domu:		Powiat:	
Numer lokalu:		Województwo:	
Kraj zamieszkania:			
Telefon kontaktowy (stacjonarny lub komórkowy) Uczestnika projektu:			
Adres poczty elektronicznej:			
2. Informacja o miejscu nauki uczestników indywidualnych:			
Nazwa szkoły:			
Typ szkoły (właściwie zaznacz znakiem x):	<input type="checkbox"/> Szkoła Podstawowa <input type="checkbox"/> Gimnazjum <input type="checkbox"/> Technikum <input type="checkbox"/> Liceum Ogólnokształcące <input type="checkbox"/> Szkoła Specjalna		

Kierunek kształcenia (zawód):		Klasa:	
Adres szkoły (kod pocztowy, poczta, miejscowość, ulica, nr budynku):			
Organ prowadzący szkołę:	Gmina Miasto Koszalin		
3. Informacja o pracowniku instytucji / podmiotu:			
Nazwa instytucji / podmiotu:			
Adres instytucji / podmiotu (kod pocztowy, poczta, miejscowość, ulica, nr budynku):			
Organ prowadzący szkołę:	Gmina Miasto Koszalin		
4. Preferowane formy wsparcia kandydata/kandydatki: (właściwe zaznaczyć znakiem x)			
Formy wsparcia dla nauczycieli:	a) Szkolenie nauczycieli dotyczące obsługi sprzętu multimedialnego oraz samodzielnego konstruowania pomocy dydaktycznych	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	b) Szkolenie dla rady pedagogicznej z zakresu indywidualizacji pracy z uczniem z trudnym i zaburzonym zachowaniem.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	c) Szkolenie wdrożeniowe z zakresu diagnozowania uczniów przy wykorzystaniu testów on-line w zakresie indywidualnych stylów uczenia się	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	d) Szkolenie z zakresu dostosowania metod pracy z uczniem do zdiagnozowanych stylów uczenia się uczniów	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	e) Warsztaty ewaluacyjne z zakresu diagnozowania uczniów przy wykorzystaniu testów on-line w zakresie indywidualnych stylów uczenia się	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	f) Doskonalenie zawodowe poprzez studia podyplomowe z zakresu Terapii SI	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	g) Szkolenie Trener rozwoju poznawczego i emocjonalnego dzieci i młodzieży	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	h) Szkolenie Logorytmika	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	i) Doskonalenie zawodowe poprzez studia podyplomowe z zakresu logopedia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
5. Dane dodatkowe kandydata/kandydatki:			
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba pracująca		
Osoba z niepełnosprawnościami:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	

Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostającej na utrzymaniu:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba w niekorzystanej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej):	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
6. Specjalne potrzeby związane z udziałem w projekcie:	
Czy kandydat jest osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy kandydat ma specjalne potrzeby związane z udziałem w projekcie?	

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis kandydata)

.....
(czytelny podpis opiekuna prawnego) *

*wymagany w przypadku, gdy kandydat jest osobą niepełnoletnią.

Wynik rekrutacji (wypełnia szkoła)		
Kandydat/kandydatka zakwalifikowany/a do udziału w projekcie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Data rozpoczęcia udziału w projekcie:		
Data:		
Czytelne podpisy członków Komisji rekrutacyjnej:		