**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W GRANCIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **TYTUŁ PROJEKTU** | **Wsparcie placówek doskonalenia nauczycieli i bibliotek pedagogicznych w realizacji zadań związanych z przygotowaniem i wsparciem nauczycieli w kształceniu na odległość** |
| **Tytuł grantu** | **O zdalnym nauczaniu…** |

**Instrukcja wypełniania Formularza:**

1. Odpowiedź prosimy zakreślić krzyżykiem.

2. Prosimy o wpisanie wymaganych informacji drukowanymi literami. Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJE O UCZESTNIKU I ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwisko** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PESEL** | |  |  | |  |  | |  | |  | | |  |  | |  |  |  |
| **Płeć** | | ⬜ KOBIETA ⬜ MĘŻCZYZNA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wykształcenie** *(proszę zaznaczyć 1 odpowiedź, odpowiadającą najwyższemu poziomowi uzyskanego wykształcenia)* | | * Niższe niż podstawowe (ISCED 0) * Podstawowe (ISCED 1) * Gimnazjalne (ISCED 2) | | | | | | | | | * Ponadgimnazjalne (ISCED 3) * Policealne (ISCED 4) * Wyższe (ISCED 5-8) | | | | | | | |
| **DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adres zamieszkania Uczestnika (wg kodeksu cywilnego[[1]](#footnote-1))** | | Województwo | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Powiat | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Gmina | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Miejscowość | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Ulica | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Nr budynku | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Nr lokalu | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Telefon kontaktowy** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adres poczty elektronicznej  (e-mail)** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** | | | | * Osoba pracująca | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wykonywany zawód** | | | | * Nauczyciel kształcenia ogólnego * Nauczyciel kształcenia przedszkolnego * Nauczyciel kształcenia zawodowego * Inny | | | | | | | | | | | | | | |
| **Zatrudniony w:**  (proszę podać pełną nazwę i pełen adres szkoły / placówki, wraz z kodem pocztowym i nazwą miejscowości, w której znajduje się szkoła / placówka) | | | | ………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | |
| **STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** (w każdym wierszu proszę zaznaczyć 1 możliwość): | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia. | | | | | | ⬜ TAK | | | | | ⬜ NIE | | | ⬜ odmowa podania informacji | | | |
|  | Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | | | | ⬜ TAK | | | | | ⬜ NIE | | |  | | | |
|  | Jestem osobą z niepełnosprawnościami[[2]](#footnote-2) | | | | | | ⬜ TAK | | | | | ⬜ NIE | | | ⬜ odmowa podania informacji | | | |
|  | Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej. | | | | | | ⬜ TAK | | | | | ⬜ NIE | | | ⬜ odmowa podania informacji | | | |

**POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA**

* Ja niżej podpisany/a wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie grantowym „Wsparcie placówek doskonalenia nauczycieli i bibliotek pedagogicznych w realizacji zadań związanych z przygotowaniem i wsparciem nauczycieli w prowadzeniu kształcenia na odległość”.
* Oświadczam, że wezmę udział w dwóch obowiązkowych szkoleniach oraz w min. trzech dowolnie wybranych realizowanych w ramach ww. grantu.
* Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
* Wyrażam zgodę na użycie swojego wizerunku na potrzeby promocji projektu.
* Oświadczam, że zostałem/łam pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
* Oświadczam, że dane osobowe i pozostałe informacje odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Miejscowość i data | | Czytelny podpis uczestniczki/a |

1. Zgodnie z art. 25 kodeksu cywilnego miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa   
   z zamiarem stałego pobytu. [↑](#footnote-ref-1)
2. **osoba niepełnosprawna** w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2016 r., poz. 2046 z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2017 r., poz. 882 z późn. zm.), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia [↑](#footnote-ref-2)