………………………….
 miejscowość, data

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZAŁU W SZKOLENIACH**

realizowanych w ramach projektu pt. *Doskonałość dydaktyczna uczelni,* współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (numer wniosku o dofinansowanie POWR.03.04.00-00-P023/21).

**DANE OSOBOWE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA** | Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Płeć | □ Kobieta □ Mężczyzna |
| Wiek w chwili przystąpienia do Projektu |  |
| Wykształcenie (wyższe, policealne, ponadgimnazjalne, gimnazjalne, podstawowe, niższe niż podstawowe) |  |
| **DANE KONTAKTOWE** | Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku/Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Obszar | □ obszar wiejski □ gmina wiejska□ gmina miejsko-wiejska□ gmina miejska□ miasto do 25 tys. mieszkańców□ miasto powyżej 25 tys. mieszkańców |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres poczty elektronicznej (e-mail) |  |
| **SZCZEGÓŁY WSPARCIA** | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu | □ Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy □ Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy□ Osoba bierna zawodowo□ Osoba pracująca, miejsce zatrudnienia: ………………………….............................................................................................................................Stanowisko: ............................................................................Jednostka organizacyjna: .............................................................................Forma zatrudnienia: etat/umowa zlecenie nr:............................................................................Data obowiązywania umowy :............................ |
|  | W tym:Wykonywany zawód | □ Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego □ Pracownik instytucji rynku pracy□ Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia □ Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej □ Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej□ Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej□ Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej □ Nauczyciel kształcenia zawodowego □ Nauczyciel kształcenia ogólnego□ Nauczyciel wychowania przedszkolnego□ Instruktor praktycznej nauki zawodu□ Rolnik□ Inny |
| **STATUS UCZESTNIKA**  | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | □ TAK□ NIE□ ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | □ TAK□ NIE |
| Osoba z niepełnosprawnościami | □ TAK□ NIE□ ODMOWA PODANIA INFORMACJI  |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | □ TAK□ NIE□ ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| **SPECJALNE POTRZEBY** |  |

…………………………………........

 Data i czytelny podpis Kandydatki/ta

**DEKLARCJA DOTYCZĄCA KOMPETENCJI**

**(wypełnia Kandydat)**

|  |  |
| --- | --- |
| **TEMAT SZKOLENIA** |  |
| **TERMIN SZKOLENIA** | \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Uzasadnienie potrzeby udziału w Programie pod kątem przydatności i pilności szkolenia w odniesieniu do powierzonych Kandydatowi zadań wynikających z opisu stanowiska pracy** |
|  |
| **Aktualny poziom wiedzy i umiejętności w zakresie wybranego szkolenia (należy zaznaczyć jeden z poniższych punktów):** |
| 🞎 brak wiedzy i umiejętności 🞎 posiadam podstawową wiedzę i umiejętności 🞎 posiadam wiedzę na oczekiwanym poziomie, doskonalenia wymagają moje umiejętności🞎 posiadam wiedzę i umiejętności na poziomie oczekiwanym na moim stanowisku pracy |
| **Staż dydaktyczny w latach (jeśli dotyczy):** | ……………………………………………………………………… |
| Data i czytelny podpis Kandydata |