………………………….  
 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 | |