



Formularz zgłoszeniowy (nauczyciele) Projekt „Szkoła lepszych szans”

Prosimy o wypełnianie drukowanymi literami wszystkich pól formularza lub zaznaczenie właściwych opcji.

A. DANE OSOBOWE KANDYDATA (UCZNIA)			
Nazwisko:		Imię:	
Płeć: K / M	Data urodzenia:	PESEL/inny identyfikator:	
Obywatelstwo: <input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec			
Wykształcenie (wg ISCED): <input type="checkbox"/> wykształcenie wyższe (ISCED 5-8)			
B. MIEJSCE ZAMIESZKANIA LUB POBYTU, DANE KONTAKTOWE			
Kraj	Województwo	Powiat	Gmina
Poczta	Kod pocztowy	Miejscowość	
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Telefon		E-mail	
Adres do korespondencji (jeśli inny niż zamieszkania)			
C. DANE O STATUSIE NA RYNKU PRACY			
<input type="checkbox"/> Osoba ucząca się (poniżej 15 roku życia)	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca
Wykonywany zawód:			
Nazwa pracodawcy:			
D. STATUS UCZESTNIKA			
a) Osoba z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji			
b) Osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
c) Osoba z kraju trzeciego <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
d) Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji			
e) Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
<i>Uwaga! Jeżeli zaznaczono TAK, należy załączyć dokument poświadczający status</i>			
Specyficzne wymagania/potrzeby związane z udziałem uczestnika niepełnosprawnego w projekcie (dotyczące m.in. zapewnienia tłumacz jęz. migowego asystenta osoby niepełnosprawnością, itp.) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
<i>Jeżeli zaznaczono TAK, proszę opisać potrzeby.</i>			

**E. KRYTERIA DODATKOWE (PREFERENCYJNE)****a) osoba z niepełnosprawnością TAK / NIE / ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI**

Jeżeli TAK należy załączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności wydanego przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności

F. WYBÓR FORMY WSPARCIA (zaznacz wybór znakiem „X”)

Porozumienie bez przemocy wg. Marshalla B. Rosenberga, studia podyplomowe	
Logopedia dla nauczycieli, studia podyplomowe	
Szkolenie: Porozumienie bez przemocy w pracy nauczyciela	
Kurs kaligrafii „brush lettering”	
Kurs kaligrafii nowoczesnej	
Kurs efektywnej nauki Bethink: kurs online	
Kurs fotografii	
Kurs opiekuna/instruktora szkolnej grupy teatralnej	
Kurs: ćwiczenie narządów artykulacyjnych w terapii logopedycznej	
Kurs : opóźniony rozwój mowy. Kreatywne postępowanie logopedyczne	
Edukacja włączająca w szkole, certyfikowany kurs online	
Terapia pedagogiczna (pedagogika korekcyjna), studia podyplomowe	
Trener umiejętności społecznych TUS: kurs kwalifikacyjny	
Diagnoza i terapia zachowań opozycyjno-buntowniczych u młodzieży, szkolenie	
Chat GTP i technologie AI w procesie nauczania młodzieży. Możliwości i zagrożenia: szkolenie	
Kurs trening kontrolowania złości, agresji i emocji trudnych	
Trening umiejętności społecznych – efektywne kształtowanie kluczowych umiejętności psychospołecznych oraz życiowych, szkolenie	
Kurs programowania	

F. ZAŁĄCZNIKI

a) Kopia orzeczenia o niepełnosprawności	
b) Deklaracja uczestnictwa	
c) Inne (jakie?):	

I. OŚWIADCZENIA

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem projektu „Szkoła lepszych szans” i zobowiązuję się do udziału w projekcie na warunkach określonych w Regulaminie Projektu.
2. Spełniam kryteria Uczestnika projektu
3. Zostałem/łam poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach EFS+, Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027
4. Powyższe dane przedstawione przeze mnie w związku ze zgłoszeniem do projektu odpowiadają stanowi faktycznemu i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych.

Miejscowość, data	Podpis Uczestnika

* - niepotrzebne skreślić