Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY KADRY PEDAGOGICZNEJ

do Projektu nr FEPM.05.07-IZ.00-0010/23 pn. **„PRZEDSZKOLA MARZEŃ w gminie Debrzno”** realizowanym w ramach Działania 5.7. Edukacja przedszkolna programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 (FEP 2021-2027) współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+).

GDY FORMULARZ JEST WYPEŁNIANY RECZNIE NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE. PREFEROWANE PISMO DRUKOWANE

Data wpływu kompletu dokumentów i podpis[1]: Numer porządkowy formularza [2]:

…… ….....

INFORMACJE PODSTAWOWE:

DANE UCZESTNIKA	**Imię (imiona)**	
	Nazwisko	
	Obywatelstwo	☐ Obywatelstwo polskie ☐ Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE ☐ Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec
	Płeć	☐ KOBIETA
		☐ MĘŻCZYZNA
	PESEL	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
	Wykształcenie	☐ Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2) [podstawowe i gimnazjalne] ☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) [w tym zawodowe] ☐ Wyższe (ISCED 5-8)
Dane kontaktowe	**Ulica**	
	Nr domu	
	Nr lokalu/ mieszkania	

[1] Wypełnia pracownik
[2] J.w.

	Miejscowość				
	Kod pocztowy				
	Obszar	☐ obszar wiejski ☐ obszar miejski			
	Powiat				
	Województwo				
	Telefon stacjonarny				
	Telefon komórkowy				
	Adres e-mail				
	Status UP na rynku pracy	☒ osoba pracująca[3], w tym: ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty; ☐ kadra pedagogiczna; ☐ kadra niepedagogiczna; ☐ kadra zarządzająca.			
	Status UP w chwili przystąpienia do projektu	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)[4]	☐ TAK	☐ NIE	☐ odmowa odpowiedzi
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań		☐ TAK	☐ NIE	☐ odmowa odpowiedzi
	Osoba z niepełnosprawnością potwierdzoną z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia (do wglądu)		☐ TAK	☐ NIE	☐ odmowa odpowiedzi

KRYTERIA OBLIGATORYJNE (zerojedynkowe):

1.	Posiadanie statusu nauczyciela/pedagoga/psychologa w OWP prowadzonym przez Gminę Debrzno i objętym wsparciem w ramach projektu.	☐ TAK	☐ NIE
1a.	Nazwa i adres OWP		

[3] Zgodnie z FEP 2021-2027 wsparcie udzielane jest: a) nauczycielom, b) dyrektorom szkół i placówek oświatowych, c) pracownikom organów prowadzących szkoły i placówki, d) psychologom i pedagogom wspierającym uczniów

[4] Wskaźnik obejmuje osoby należące do mniejszości narodowych (białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska) i etnicznych (karaimska, łemkowska, romska, tatarska).

1b.	Stanowisko pracy w OWP	
1c.	Potwierdzenie zatrudnienia przez dyrekcję OWP (pieczątka OWP + podpis i pieczątka imienna osoby potwierdzającej)	

SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA PROJEKTU (*WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ*):

NAZWA POTRZEBY		TAK	NIE
1.	Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/ Systemu Językowo-Migowego		
2.	Pętla indukcyjna		
3.	Powiększony tekst/kontrast druku		
4.	Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną		
5.	inne		
Uzasadnienie w przypadku zaznaczenia TAK			

ZGŁOSZENIE CHĘCI UDZIAŁU W NASTĘPUJĄCEJ FORMIE WSPARCIA:

Nazwa zajęć	
Studia podyplomowe	☐ Integracja sensoryczna z certyfikatem diagnozy i terapii SI – I i II stopień; ☐ Pedagogika korekcyjna z integracja sensoryczną; ☐ Rytmika, logorytmika z elementami tańca w edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej; ☐ Neuropsychologia; ☐ logopedia ogólna.
Kursy/szkolenia zawodowe	☐ Trening Umiejętności Społecznych (TUS) – I i II stopień;

	☐ Logorytmika; ☐ Terapia ręki – I i II stopień; ☐ Terapia neurotaktylna- 2 poziomy; ☐ Integracja odruchów ustno-twarzowych - 2 poziomy;

…….. ……
Miejscowość, dnia Czytelny podpis kandydata