

Formularz zgłoszeniowy

do udziału w projekcie

„Szkolenia i doradztwo dla pracowników systemu wspomagania
oraz wdrożenie kompleksowego wspomaganie w zakresie kompetencji kluczowych”

Nr POWR.02.10.00-00-5002/17

dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

1. Wybór szkolenia:

- Prosimy o wskazanie:
 - 1 szkolenia stacjonarnego, w którym deklarują Państwo chęć udziału
 - 2 rezerwowych szkoleń stacjonarnych, w których deklarują Państwo chęć udziału, w razie niezakwalifikowania się na listę pierwszego wyboru z racji limitu miejsc
- Każdy uczestnik może wziąć udział tylko w 1 szkoleniu stacjonarnym. Przypisanie do jednej z grup szkoleniowych nastąpi zgodnie z zasadami opisami w *Regulaminie uczestnictwa w projekcie*.

Wybrane szkolenie*	Szkolenie rezerwowe**	Zakres tematyczny szkolenia stacjonarnego
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rozwój kompetencji matematyczno-przyrodniczych uczniów (I etap edukacyjny)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rozwój kompetencji matematyczno-przyrodniczych uczniów (II etap edukacyjny)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wykorzystanie nowoczesnych technologii w procesie nauczania-uczenia się (I etap edukacyjny)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wykorzystanie nowoczesnych technologii w procesie nauczania-uczenia się (II etap edukacyjny)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rozwój kompetencji uczniów – porozumiewanie się w językach obcych (I etap edukacyjny)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rozwój kompetencji uczniów – porozumiewanie się w językach obcych (II etap edukacyjny)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nauczanie przez eksperymentowanie, doświadczanie i inne metody aktywizujące uczniów (I etap edukacyjny)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nauczanie przez eksperymentowanie, doświadczanie i inne metody aktywizujące uczniów (II etap edukacyjny)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wychowanie i kształtowanie postaw (innowacyjności, kreatywności i pracy zespołowej) uczniów (I etap edukacyjny)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wychowanie i kształtowanie postaw (innowacyjności, kreatywności i pracy zespołowej) uczniów (II etap edukacyjny)

*prosimy zaznaczyć tylko 1 szkolenie

** prosimy zaznaczyć tylko 2 szkolenia, inne niż w kolumnie „Wybrane szkolenie”

2. Dane osobowe uczestnika*:

Imię/imiona i nazwisko:

Płeć: Kobieta Mężczyzna

Pesel:

Dane kontaktowe:

- **Miejsce zamieszkania** (zamieszkiwanie w danej miejscowości z zamiarem stałego pobytu)

Województwo:

Powiat: Gmina:

Miejscowość/ kod pocztowy:

Ulica i nr/ nr lokalu:

• **Telefon:** **Mail:**

Jestem osobą niepełnosprawną tak nie odmowa podania informacji

*Pola obowiązkowe

3. Doświadczenie zawodowe i kwalifikacje uczestnika*:

- **Oświadczenie nr 1**

Oświadczam, iż jestem:

- (1.1) pracownikiem na stanowisku nauczyciel/specjalista (*niepotrzebne skreślić*) w publicznej/ niepublicznej placówce doskonalenia nauczycieli
- (1.2) pracownikiem na stanowisku nauczyciel/specjalista (*niepotrzebne skreślić*) w publicznej/niepublicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej
- (1.3) pracownikiem na stanowisku nauczyciel/specjalista (*niepotrzebne skreślić*) w bibliotece pedagogicznej
- (1.4) pracownikiem na stanowisku nauczyciel będący doradcą metodycznym
- (1.5) indywidualnym specjalistą/ trenerem (osobą świadczącą usługi szkoleniowe i doradcze w obszarze oświaty) oraz posiadam udokumentowaną współpracę/ deklaruje nawiązanie współpracy (*niepotrzebne skreślić*) co najmniej z jedną z wymienionych instytucji systemu wspomagania: biblioteka pedagogiczna, placówka doskonalenia nauczycieli, poradnia psychologiczno-pedagogiczna.

Uwaga! W przypadku złożenia oświadczenia nr 1.5 o deklaracji nawiązania współpracy z instytucją systemu wspomagania, prosimy o wypełnienia poniższej deklaracji:

Wyrażam zainteresowanie nawiązaniem współpracy z Ośrodkiem Rozwoju Kompetencji Edukacyjnych, będącym niepubliczną placówką doskonalenia nauczycieli.

TAK NIE (proszę o zaznaczenie

• **Oświadczenie nr 2**

Oświadczam, iż posiadam udokumentowane ukończenie szkoleń w ramach Projektów PO KL, Działanie 3.3.3 (System doskonalenia nauczycieli oparty na ogólnodostępnym kompleksowym wspomaganiu szkół lub Wdrożenie podstawy programowej kształcenia ogólnego w przedszkolach i szkołach).

(**UWAGA!** W przypadku złożenia oświadczenia wraz z Formularzem zamówienia należy przesłać skan dokumentów poświadczających ukończone szkolenia)

*Pola obowiązkowe. Prosimy o zaznaczenie krzyżykiem wybranej odpowiedzi.

4. Oświadczenia uczestnika:

- * Oświadczam, że dane zawarte w kwestionariuszu zgłoszeniowym odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą. Jest mi znana odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
- * Deklaruję chęć udziału w projekcie Nr POWR.02.10.00-00-5002/17-00 „Szkolenia i doradztwo dla pracowników systemu wspomagania oraz wdrożenie kompleksowego wspomagania w zakresie kompetencji kluczowych”, dofinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.
- * Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o tym, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej.
- * Oświadczam, że **nie brałam/em** udziału we wsparciu organizowanym w ramach projektu Ośrodka Rozwoju Edukacji „Zwiększenie skuteczności działań pracowników systemu wspomagania i trenerów w zakresie kształcenia u uczniów kompetencji kluczowych” i/lub **nie uczestniczyłam/em / nie uczestniczę** w innym projekcie realizowanym w ramach typów operacji POWER w ramach Działania 2.10:
- Szkolenia i doradztwo dla pracowników systemu wspomagania pracy szkoły i organów prowadzących oraz trenerów (typ operacji nr 1)
 - Wsparcie tworzenia szkół ćwiczeń (typ operacji nr 2)
 - Szkolenia i doradztwo dla kadry kierowniczej systemu oświaty (w tym kadry JST) pod kątem kształtowania umiejętności przywódczych (typ operacji nr 3).
- * Potwierdzam zapoznanie się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie „Szkolenia i doradztwo dla pracowników systemu wspomagania oraz wdrożenie kompleksowego wspomagania w zakresie kompetencji kluczowych” oraz akceptuję jego zapisy w całości.
- * **W przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie „Szkolenia i doradztwo dla pracowników systemu wspomagania oraz wdrożenie kompleksowego wspomagania w zakresie kompetencji kluczowych” zobowiązuję się do:**
- przeprowadzenia 3 procesów wspomagania (uwzględniających kompetencję kluczową stanowiącą przedmiot wybranego szkolenia, które ukończył/a uczestnik/uczestniczka projektu), trwających minimum 7 miesięcy, w wybranych przede mną przedszkolach/szkołach/placówkach na terenie województwa, które zamieszkuję (pkt 2 niniejszego Formularza zgłoszeniowego „Dane osobowe uczestnika”),
 - organizowania wspomagania w ramach stosunku pracy lub umowy cywilno-prawnej z instytucją systemu wspomagania, w której jestem zatrudniona/y /z którą współpracuję (biblioteka pedagogiczna, placówka doskonalenia nauczycieli, poradnia psychologiczno-pedagogiczna).
- * **W przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie „Szkolenia i doradztwo dla pracowników systemu wspomagania oraz wdrożenie kompleksowego wspomagania w zakresie kompetencji kluczowych” zobowiązuję się do podpisania Umowy szkoleniowej wraz z Deklaracją uczestnictwa w projekcie i Oświadczeniem Uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz:**
- dostarczenia pisemnej deklaracji wskazującej instytucję systemu wspomagania, z którą współpracuję/będę współpracować (deklaracja wskazująca min. 1 instytucję),
 - dostarczenia pisemnej deklaracji instytucji systemu wspomagania potwierdzającej współpracę z uczestnikiem projektu wraz ze zobowiązaniem do opieki w trakcie realizacji wspomagania.
- * Wyrażam zgodę na udział w procesie monitoringu i ewaluacji projektu, w tym m.in. wypełnianie ankiet, dokumentów oraz testów sprawdzających.
- * Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o konieczności przekazania danych dotyczących mojego statusu na rynku pracy oraz informacji na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie.
- * Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach rekrutacji, zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami).
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od WSiP, na podany przeze mnie numer telefonu / adres e-mail informacji handlowych drogą elektroniczną, w tym z wykorzystaniem automatycznych systemów wywołujących:
- SMS-em e-mailem drogą telefoniczną (kontakt z konsultantem)
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu informowania o produktach i usługach pozostałych podmiotów Grupy Wydawniczej WSiP oraz podmiotów współpracujących ze WSiP, działających na rynku edukacyjnym i wydawniczym.

* Zaznaczenie obowiązkowe

.....
Data i czytelny podpis uczestnika

Administratorem danych osobowych są Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 96 (WSiP). Podane w formularzu dane osobowe przetwarzane są zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, w celach związanych z realizacją projektu, informowaniem o produktach i usługach oraz archiwizowaniem. Każdej osobie przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne dla realizacji projektu.