

**Projekt: „Wykorzystanie TIK kluczem do sukcesu edukacyjnego”**  
**Numer projektu: 56/F3/2023**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  
**PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

**1. Dane podstawowe**

Imię (imiona)											
Nazwisko											
PESEL											
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna										
Tel. kontaktowy											
E-mail											
Poziom wykształcenia	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne					<input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe I stopnia (licencjackie, inżynierskie) <input type="checkbox"/> wyższe II stopnia (magisterskie) <input type="checkbox"/> wyższe III stopnia (doktoranckie)					

**DANE ADRESOWE**

Ulica			
Nr budynku		Nr lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość	
Gmina		Powiat	
Województwo			

**2. Zakres wsparcia projektowego**

2.1 Nazwa szkoły/przedszkola, w której/ym uczyć/pracuję			
2.2 Adres szkoły/przedszkola, w której/ym uczyć/pracuję			
2.3 Nazwa przedmiotu/kierunku kształcenia, na którym uczyć (jeżeli dotyczy)			
2.4 Poziom umiejętności w zakresie edukacji zdalnej	<input type="checkbox"/> Podstawowy <input type="checkbox"/> Zaawansowany		

**3. Status kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć odpowiednio x):**

**3.1 Osoba pracująca**

TAK

NIE

**w tym:**

osoba pracująca w administracji rządowej

osoba pracująca w administracji samorządowej

osoba pracująca w organizacji pozarządowej

osoba pracująca w MMŚP (mikro-, małym-,  
średnim- przedsiębiorstwie)

osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie

osoba prowadząca działalność na własny rachunek

inne (jakie?) .....

**3.2 Wykonywany zawód**

instruktor praktycznej nauki zawodu

nauczyciel kształcenia ogólnego

nauczyciel wychowania przedszkolnego

nauczyciel kształcenia zawodowego

pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia

kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej

pracownik instytucji rynku pracy

pracownik instytucji szkolnictwa wyższego

pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej

pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej

pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej

rolnik

inny (jaki?) .....

<b>3.3 Nazwa zakładu pracy</b>	..... .....
<b>4. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć odpowiednio x):</b>	
<b>4.1 Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
<b>4.2 Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
<b>4.3 Osoba z niepełnosprawnościami</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
<i>Jeżeli zaznaczono TAK proszę wpisać niezbędne potrzeby w tym zakresie np. ułatwienia architektoniczne, dostawiane stanowisko pracy itp.</i>	.....
<b>4.4 Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem(a) się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Wykorzystanie TIK kluczem do sukcesu edukacyjnego” oraz akceptuję jego warunki.
2. Zostałem(a) poinformowany/a, że projekt pn. „Wykorzystanie TIK kluczem do sukcesu edukacyjnego” realizowany przez NPDN „Twoja Strefa Rozwoju”, jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020.
3. Nie byłem i nie jestem uczestnikiem innego przedsięwzięcia grantowego realizowanego w ramach projektu ORE w Warszawie pn. „Wsparcie PDN i BP w realizacji zadań związanych z przygotowaniem i wsparciem nauczycieli w prowadzeniu kształcenia na odległość”.
4. Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, potwierdzam prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis uczestnika