



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

Załącznik nr 1a do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Rozszerzamy i wspieramy – zajęcia dodatkowe w Publicznym Przedszkolu z Oddziałem Integracyjnym w Nieborowicach”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – dla nauczycieli/nauczycielek
do projektu „Rozszerzamy i wspieramy – zajęcia dodatkowe w Publicznym
Przedszkolu z Oddziałem Integracyjnym w Nieborowicach”**

DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU:

Nazwisko: Imię:

Obywatelstwo:

- ☐ polskie
☐ brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE
☐ brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec

DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU:

Kraj		Województwo	
Powiat		Gmina	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy ¹		Adres poczty elektronicznej (e-mail)	

STATUS UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:

- Osoba obcego pochodzenia: ☐ NIE ☐ TAK
- Osoba państwa trzeciego ☐ NIE ☐ TAK
- Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej)
☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI ☐ TAK
- Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań
☐ NIE ☐ TAK
- Osoba z niepełnosprawnościami

¹ Należy podać przynajmniej jeden sposób kontaktu: telefon kontaktowy lub adres email



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

☐ NIE

☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI

☐ TAK²

Specyficzne wymagania/potrzeby związane z udziałem uczestnika/uczestniczki z niepełnosprawnością w projekcie (dotyczące m.in. dostępności, w tym miejsca realizacji zajęć, sposobu prowadzenia, dostępności przekazywanych treści, przekazywania materiałów w formie dostępnej, stosowania różnych rodzajów przekazu informacji, zapewnienia asystenta osoby niepełnosprawnością, itp.)

.....
.....
.....

Preferowane formy wsparcia kandydata/kandydatki

Należy zaznaczyć „X” przy wybranej formie wsparcia

- ☐ szkolenie: Przeciwdziałanie dyskryminacji dzieci chorych i niepełnosprawnych w przedszkolu
- ☐ szkolenie: Miofunkcja
- ☐ szkolenie: Elektrostymulacja
- ☐ szkolenia: Metoda Batii Strauss
- ☐ szkolenia: Metoda W. Sherborne
- ☐ szkolenie: Integracja Bilateralna
- ☐ szkolenie: Terapia dziecięcej apraksji mowy

Miejsce zatrudnienia:

.....

Niniejszym oświadczam, że :

1. Zapoznałem/łam się z Regulaminem Projektu oraz zobowiązuje się do jego przestrzegania.
2. Zostałem/łam poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego +.
3. Zostałem poinformowany/a o możliwości odmowy podania szczególnych kategorii danych (przynależności narodowej lub etnicznej, niepełnosprawności).
4. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym.
5. Wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalanie i wykorzystywanie mojego wizerunku jako uczestnika/uczestniczki projektu, w szczególności w formie fotografii oraz nagrań audio-wideo, a także ich obróbki, powielania i wielokrotnego rozpowszechniania dowolną techniką i na wszelkich nośnikach, wyłącznie w celach informacyjnych, promocyjnych i sprawozdawczych związanych z realizacją projektu, zgodnie z zapisami umowy o dofinansowanie. Zgoda obejmuje również publikację wizerunku na stronach internetowych oraz w materiałach drukowanych i elektronicznych projektu, bez konieczności każdorazowego zatwierdzania.

² W przypadku udziału w projekcie osoby z niepełnosprawnościami / osoby o specjalnych potrzebach edukacyjnych proszę o dołączenie dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność i/lub orzeczenie



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

6. Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis nauczyciela

REKOMENDACJA DYREKTORA PRZEDSZKOLA

Ja niżej podpisany/na³

☐ pozytywnie

☐ negatywnie

rekomenduję udział w/w osoby w projekcie i udzielenie wsparcia.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis Dyrektora

³ Zaznaczyć właściwe znakiem „X”