*Załącznik nr 2 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie*

*nr RPWM.02.04.01-28-0009/20*

*NOWE ZAWODY NOWE SZANSE*

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA NAUCZYCIELEK/NAUCZYCIELI

do projektu nr RPWM.02.04.01-28-0009/20 pn.: NOWE ZAWODY NOWE SZANSE

Sposób wypełnienia:

1. Wniosek powinien być wypełniony w sposób czytelny;
2. W przypadku jakichkolwiek skreśleń, należy skreślenie zaparafować wraz z datą a następnie wpisać/zaznaczyć prawidłową odpowiedź.

*Dane nauczyciela Specjalnej Szkoły Branżowej I Stopnia w SOSW w Kętrzynie ubiegającego się o udział w projekcie*

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Dane personalne:** |
| 1. | Nazwisko |  |
| 2. | Imię |  |
| 3. | Data urodzenia |  |
| 4. | Płeć  | 🞏 Kobieta | 🞏 Mężczyzna |
| 5. | Pesel |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| 6. | **Adres zamieszkania:** |
| Miejscowość |  |
| Ulica, nr domu i lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Gmina |  |
| Powiat |  |
| Województwo |  |
| 7. | **Kontakt:** |
| nr telefonu komórkowego |  |
| e-mail  |  |
| 8. | **Informacje niezbędne do rekrutacji na wszystkie formy wsparcia realizowane w ramach projektu wskazane w pkt 9-10 – kryterium dostępu:** |
| Nauczyciel/Nauczycielka zatrudniony/a na dzień 1 stycznia 2021 r. w Branżowej Szkole Specjalnej I Stopnia w SOSW w Kętrzynie | *TAK/NIE* |
| 9. | **Wsparcie na rzecz doskonalenia umiejętności, kompetencji lub kwalifikacji zawodowych:** |
| Kurs kwalifikacyjny i egzamin na egzaminatora nauki zawodu „Pracownik pomocniczy obsługi hotelowej” | *TAK/NIE* |
| Studia Podyplomowe: Rośliny i surowce zielarskie | *TAK/NIE* |
| 10. | **Wsparcie na rzecz doskonalenia umiejętności, kompetencji lub kwalifikacji nauczycieli w zakresie stosowania metod i form organizacyjnych sprzyjających kształtowaniu uczniów kompetencji kluczowych oraz umiejętności uniwersalnych niezbędnych na rynku pracy:** |
| Kurs informatyczny dla nauczycieli | *TAK/NIE* |
| 11. | **Pozostałe informacje:** |
| Wykształcenie | 🞏 wyższe🞏 inne, jakie ……………….. |
| Osoba z niepełnosprawnościami | 🞏 TAK 🞏NIE |

Miejscowość, data podpis