Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE – nauczyciel/nauczycielka**

**„OD PRZEDSZKOLAKA DO PIERWSZAKA”**

**NR FEKP.08.26-IZ.00-001/24**

|  |
| --- |
| **Dane uczestnika/uczestniczki**  |
| Imię (imiona)  |  |
| Nazwisko  |  |
| Obywatelstwo (zaznacz właściwe)  | □ polskie  |
| □ brak obywatelstwa polskiego, obywatel kraju UE  |
| □ brak obywatelstwa polskiego, obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec |
| PŁEĆ | □ K |
| □ M |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Inny identyfikator w przypadku braku numeru PESEL  |  |
| Wykształcenie  | □ średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)□ ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)□ wyższe (ISCED 5-8) |
| **Dane teleadresowe** |
| Ulica  |  |
| Nr budynku  |  |
| Nr lokalu  |  |
| Miejscowość  |  |
| Kod pocztowy  |  |
| Gmina |  |
| Powiat  |  |
| Województwo  |  |
| Telefon kontaktowy  |  |
| Adres e-mail  |  |
| **Wybór szkolenia (postaw X przy wybranym przez siebie szkoleniu)** |
| Kształtowanie kompetencji społecznych i interdyscyplinarnych dzieci przedszkolnych |  |
| Pomoc psychologiczno-pedagogiczna w pracy z uczniem dysfunkcyjnym |  |
| **Kryteria merytoryczne** |
| Brak kompetencji, kwalifikacji z danej tematyki na podstawie posiadanych dokumentów | □ Tak □ Nie  |
| Staż pracy |  |
| Stopień awansu zawodowego, |  |
| Opinia dyrektora zarządzającego |  |

|  |
| --- |
| **Szczególne potrzeby, które ułatwią Ci udział w projekcie** |
| Czy potrzebujesz dostosowania przestrzeni z uwagi na niepełnosprawność ruchową  | □ Nie □ Tak (opisz nam swoją potrzebę) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Czy potrzebujesz zapewnienia specjalistycznych materiałów w formie dostępnej (np. w języku migowym)?  | □ Nie □ Tak (opisz nam swoją potrzebę) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Czy potrzebujesz zapewnienia systemu wspomagającego słyszenie?  | □ Nie □ Tak (opisz nam swoją potrzebę) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Czy potrzebujesz zapewnienie tłumacza języka migowego ?  | □ Nie □ Tak (opisz nam swoją potrzebę) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Czy masz inną szczególną potrzebę, która ułatwi Twój udział w projekcie?  | □ Nie □ Tak (opisz nam swoją potrzebę) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **Status uczestniczki/uczestnika projektu 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 marginalizowane)  | □ Nie □ Tak □ Odmowa podania informacji  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  | □ Nie □ Tak  |
| Osoba z niepełnosprawnością  | □ Nie □ Tak □ Odmowa podania informacji |
| Osoba pracująca  | □ Nie □ Tak, w tym □ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) □ osoba pracująca w szkole lub placówce oświaty (kadra niepedagogiczna) □ osoba pracująca w szkole lub placówce oświaty (kadra zarządzająca) □inne  |

Niniejszym oświadczam, że:

1. Zapoznałam\łęm się i akceptuję Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Od przedszkolaka do pierwszaka”
2. Zostałam/łem poinformana/y, że projekt jest dofinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (wkład Funduszy Europejskich) i budżetu państwa w formie dotacji celowej, w ramach programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027, Priorytet 8 Fundusze europejskie na wsparcie w obszarze rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działanie 8.26 Wychowanie przedszkolne OPPT.
3. Dane podane przez mnie w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.
4. Wyrażam zgodę na nieodpłatne: używanie wizerunku uczestniczki/uczestnika projektu bez konieczności każdorazowego jego zatwierdzania, w tym w formie zdjęć, nagrań, obróbkę, powielanie i wielokrotne rozpowszechnianie jakąkolwiek techniką na wszelkich nośnikach, wyłącznie na potrzeby niekomercyjnej działalności prowadzonej przez Gminę Bukowiec, w tym w celach promocyjno – informacyjnych projektu oraz na potrzeby wypełniania przez Gminę Bukowiec obowiązków zawartych w umowie o dofinansowanie projektu, w tym związanych z komunikacją i widocznością. Niniejsza zgoda jest nieodpłatna, nie jest ograniczona ilościowo, czasowo ani terytorialnie.

Bukowiec, dnia ………………...

/czytelny podpis uczestnika/uczestniczki/

|  |
| --- |
| **Zaświadczenie o statusie uczestnika/uczestniczki** |
| Wskazana powyżej osoba jest zatrudniona w Przedszkolu w Bukowcu. Potwierdzam (podpis i pieczęć dyrektora szkoły) |