

Załącznik nr 2 do Regulaminu Uczestnictwa w projekcie

KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY

Proszę o wypełnienie wszystkich poniższych pól:

Tytuł projektu		„Wsparcie edukacji przedszkolnej w gminie Żukowo”	
Nr projektu		FEPM.05.07-IZ.00-0074/23	
Nazwa oddziału wychowania przedszkolnego przy Szkole Podstawowej w której nauczyciel jest zatrudniony			
Dane uczestnika	1	Imię (imiona)	
	2	Nazwisko	
	3	Płeć	
	4	Data urodzenia	
	5	PESEL/Inny identyfikator	
	6	Obywatelstwo	
	7	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
	8	Wykształcenie*	<input type="checkbox"/> ŚREDNIE I STOPNIA LUB NIŻSZE (ISCED 0-2) (przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum); <input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) LUB POLICEALNE (ISCED 4) (osoby, które ukończyły szkołę: zawodową (a po 2017r. szkołę branżową I stopnia), liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowane, szkołę branżową II stopnia, szkołę policealną); <input type="checkbox"/> WYŻSZE (ISCED 5-8) (osoby, które ukończyły studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie).

Dane kontaktowe	9	Kraj	
	10	Województwo	
	11	Powiat	
	12	Gmina	
	13	Miejscowość	
	14	Ulica	
	15	Nr domu	
	16	Nr lokalu	
	17	Kod pocztowy	
	18	Telefon kontaktowy	
	19	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
	20	Osoba obcego pochodzenia TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
	21	Osoba z państwa trzeciego TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
	22	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/>	
23	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
24	Osoba z niepełnosprawnościami TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/>		
Szczególne potrzeby w zakresie dostępności	25	Potrzebuję wsparcia w zakresie zaspokojenia szczególnych potrzeb: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
	26	W przypadku zaznaczenia powyżej odpowiedzi Tak proszę wskazać rodzaj wsparcia (np. tłumacz języka migowego, pętla indukcyjna, przygotowanie materiałów informacyjnych wydrukowanych większą czcionką niż standardowa, organizacja zajęć w dostępnym architektonicznie pomieszczeniu itd.):	

Status osoby na rynku pracy*	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna <input type="checkbox"/> w tym osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> w tym inne
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się/odbywająca kształcenie <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca	<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek, <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym, <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz

			<input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> Inne
--	--	--	--

1. Ze względu na brak bądź niskie kwalifikacje deklaruję uczestnictwo w następujących szkoleniach**:

1.	Szkolenie z zakresu TUS	
2.	Szkolenie dotyczące wsparcia dzieci z doświadczeniem migracji	
3.	Szkolenie dotyczące wsparcia dzieci z trudnościami w nauce czytania, pisania i mówienia	
4.	Szkolenie pn. metodyka pracy z dzieckiem z niepełnosprawnością intelektualną	
5.	Szkolenie pn. metodyka pracy z dzieckiem z niepełnosprawnością ruchową	
6.	Szkolenie z podstaw kodowania z elementami matematyki	
7.	Szkolenie dotyczące wspierania rozwoju motoryki dużej u dzieci	

2. Oświadczam, że wyżej wymienione informacje są zgodne z prawdą.
3. Zobowiązuję się informować o zmianach dotyczących danych osobowych.
4. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem projektu, jego treść jest dla mnie zrozumiała, przyjmuje go do wiadomości i zobowiązuje się do jego przestrzegania.
5. Zostałam/am poinformowany/a o współfinansowaniu Projektu ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika

***zaznacz właściwe**

****zaznacz haczykiem rodzaj szkolenia, w którym chcesz wziąć udział**