

**DOKUMENTY UCZESTNIKA PROJEKTU – KADRA OWP
(NAUCZYCIEL lub SPECJALISTA)**objęta wsparciem i finansowanego w ramach projektu pt. „*Tworzenie nowych miejsc przedszkolnych w placówkach oświatowych Gminy Liszki wraz z edukacją włączającą i realizacją zadań dodatkowych*”**Formularz danych:**

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU	(właściwe zaznaczyć / wypełnić pismem drukowanym)
Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec
Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2) [podstawowe i gimnazjalne] <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) [w tym zawodowe] <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)
DANE KONTAKTOWE (dotyczy adresu zamieszkania)	(proszę wypełnić pismem drukowanym)
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY \W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	(właściwe zaznaczyć)
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty <input type="checkbox"/> kadra pedagogiczna <input type="checkbox"/> kadra niepedagogiczna
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	(właściwe zaznaczyć)
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)* * Wskaźnik obejmuje osoby należące do mniejszości narodowych (białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska) i etnicznych (karaïmska, lemowska, romska, tatarska).	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

Proszę o uwzględnienie mojej kandydatury na poniższe szkolenia (można wybrać kilka opcji z przewidzianych dla OWP, w którym jest zatrudniony nauczyciel)	Jeśli tak zaznacz „X”
Szkolenie Terapia pedagogiczna i wczesne wspomaganie rozwoju dziecka w OWP Mników	<input type="checkbox"/>
Szkolenie Dziecko z cukrzycą w placówce oświatowej w OWP Mników	<input type="checkbox"/>
Szkolenie: Trening Umiejętności Społecznych (TUS) I i II stopnia dla dwóch osób w OWP Mników	<input type="checkbox"/>
Szkolenie online „Bieg, przysiad, skok – zabawy ruchowe – zabawy dydaktyczne na cały rok” w OWP Kaszów	<input type="checkbox"/>
Szkolenie indywidualne „Kompleksowy Kurs Animatora Zabawy” w OWP Kaszów	<input type="checkbox"/>
Szkolenie online „Witajcie na planecie muzyki” – Muzyłek Moni w OWP Kaszów	<input type="checkbox"/>
Szkolenie online "Trening mentalny z Moniką Klużą dla dzieci" w OWP Kaszów	<input type="checkbox"/>
Szkolenie online "Zachowania trudne i agresywne u dzieci w wieku przedszkolnym - sposoby reagowania" w OWP Kaszów	<input type="checkbox"/>
Szkolenie stacjonarne "Praca z uczniem o specjalnych potrzebach edukacyjnych(SPE)" w OWP Kaszów	<input type="checkbox"/>
PYTANIE O SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA PROJEKTU (dotyczy osób z niepełnosprawnościami)	
Czy posiada Pan / Pani orzeczenie o niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jakie problemy, bariery wynikające z niepełnosprawności widzi Pan / Pani w związku ze swoim udziałem w Projekcie? Proszę wymienić jeśli dotyczy.	
Jakie są potrzeby, wynikające z niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić udział we wsparciu oferowanym w ramach niniejszego Projektu? Proszę wymienić jeśli dotyczy.	

Deklaracja uczestnika projektu – NAUCZYCIELA/SPECJALISTY

objętego wsparciem i finansowanego w ramach projektu pt. „Tworzenie nowych miejsc przedszkolnych w placówkach oświatowych Gminy Liszki wraz z edukacją włączającą i realizacją zadań dodatkowych”, zwanym dalej „Projektem”

Ja, niżej podpisana/y **deklaruję chęć udziału mojego dziecka w działaniach realizowanych przez Gminę Liszki w ramach Projektu oraz oświadczam, że:**

- 1) zapoznałam/em się z celem projektu i z zasadami rekrutacji i uczestnictwa w projekcie;
- 2) zostałam/em poinformowany, że Projekt „Tworzenie nowych miejsc przedszkolnych w placówkach oświatowych Gminy Liszki wraz z edukacją włączającą i realizacją zadań dodatkowych” o numerze FEMP.06.29-IP.01-0527/25 jest realizowany w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, Priorytet 6 Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działanie 6.29 Wsparcie wychowania przedszkolnego - ZIT, typ projektu: A. podnoszenie jakości edukacji przedszkolnej, B tworzenie miejsc przedszkolnych oraz współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus;
- 3) spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie, tj. jestem mieszkańcem województwa małopolskiego lub pracuję w województwie małopolskim.
- 4) przyjmuję do wiadomości informacje, o których mowa w art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, zwanego dalej: „ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych”;

