Załącznik nr 2 do Regulaminu

DOKUMENTY UCZESTNIKA PROJEKTU – KADRA OWP (NAUCZYCIEL lub SPECJALISTA)
objęta wsparciem i finansowanego w ramach projektu
pn. „Edukacja włączająca w oddziałach przedszkolnych”

Formularz danych:

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU	(właściwe zaznaczyć / wypełnić pismem drukowanym)
Obywatelstwo	☐ Obywatelstwo polskie
	☐ Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE
	☐ Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec
Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Wykształcenie	☐ Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2) [podstawowe i gimnazjalne] ☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) [w tym zawodowe] ☐ 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) ☐ osoba pracująca ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty ☐ kadra pedagogiczna ☐ 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 (karaimska, łemkowska, romska, tatarska*).	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ Tak ☐ Nie
Osoba z niepełnosprawnościami	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji

Proszę o uwzględnienie mojej kandydatury na poniższe szkolenia (można wybrać kilka opcji z przewidzianych dla OWP, w którym jest zatrudniony nauczyciel) (zad.1,2)	Jeśli tak zaznacz „X”
Szkolenie "Praca z dzieckiem ze spektrum autyzmu w przedszkolu" - OWP Liszki	☐
Szkolenie " Trening uważności" - OWP Liszki	☐
Szkolenie " Terapia miofunkcjonalna" - OWP Liszki	☐
Szkolenie - "Diagnoza i terapia ręki"- OWP Liszki	☐
Szkolenie "Trening zastępowania agresji" - OWP Liszki	☐
Szkolenie biofeedback - OWP Liszki	☐
Studia podyplomowe z oligofrenopedagogiki - OWP Liszki	☐
Studia podyplomowe - Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka - OWP Liszki	☐
Studia podyplomowe - integracja sensoryczna - OWP Liszki	☐
Studia podyplomowe - Oligofrenopedagogika z elementami arteterapii OWP Morawica	☐
Studia podyplomowe - Integracja sensoryczna z terapią ręki - OWP Morawica	☐
Studia podyplomowe - Trener Umiejętności Społecznych (TUS) - OWP Morawica	☐
Szkolenie - Integracja sensoryczna wg. Ayres Siat - moduł I - OWP Morawica	☐
Szkolenie - Praca z dzieckiem ze spektrum autyzmu w przedszkolu - OWP Morawica	☐
Szkolenie - Trening zastępowania agresji - OWP Morawica	☐
Szkolenie I-stopnia z metody wg. A. Tomatisa - OWP Morawica	☐
Szkolenie z metod pracy terapeutycznej z dziećmi ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi – rozwój sprawności manualnych – OWP Morawica	☐
Szkolenie - diagnoza i terapia ręki - OWP Morawica	☐
Szkolenie dla dyrektora i wicedyrektora w zakresie zarządzania i organizacji pracy przedszkola w zakresie wsparcia grup w edukacji włączającej - OWP Morawica	☐
Studia podyplomowe - Terapia pedagogiczna i wczesne wspomaganie rozwoju dziecka (WWR) - OWP Morawica	☐
PYTANIE O SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA PROJEKTU (dotyczy osób z niepełnosprawnościami)	
Czy posiada Pan / Pani orzeczenie o niepełnosprawności?	☐ Tak ☐ 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 pn. „Edukacja włączająca w oddziałach przedszkolnych", 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 oraz z zasadami rekrutacji i uczestnictwa w projekcie;
2) zostałam/em poinformowany, że Projekt pn. „Edukacja włączająca w oddziałach przedszkolnych", nr: FEMP.06.38-IP.01-0526/25, jest realizowany w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, Priorytet 6 Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działanie 6.38 Wsparcie edukacji włączającej w wychowaniu przedszkolnym – ZIT, typ projektu: A. Edukacja włączająca w ośrodkach wychowania przedszkolnego, 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";
5) przyjmuję do wiadomości informację o obowiązku przekazania danych po zakończeniu projektu potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu bezpośredniego oraz możliwości przyszłego udziału w badaniu ewaluacyjnym;
6) w związku z powyższym zobowiązuję się złożyć do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie „Oświadczenia uczestnika projektu nt. sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie";
7) zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Gminy Liszki o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w dokumentacji projektu.

Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwych oświadczeń lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane przedstawione w deklaracji uczestnictwa w projekcie odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....	.....	.....
miejscowość	data	czytelny podpis nauczyciela/specjalisty

Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie wizerunku mojego dziecka przez Gminę Liszki – Beneficjenta w celu realizacji, monitoringu, ewaluacji i promocji Projektu *„Edukacja włączająca w oddziałach przedszkolnych",* zgodnie z przepisami ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych. Jednocześnie oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y o celu wykorzystania wizerunku.

.....	.....	.....
miejscowość	data	czytelny podpis nauczyciela/specjalisty