

Załącznik nr 5 do Regulaminu uczestnictwa

## FORMULARZ UZUPEŁNIAJĄCY- NAUCZYCIELA

do projektu

**„Utworzenie Centrum Kompetencji Zawodowych w branży administracyjno-usługowej”**  
współfinansowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, 10 Oś Priorytetowa Wiedza i kompetencje, Działanie 10.2 Rozwój kształcenia zawodowego, Poddziałanie 10.2.2 Kształcenie zawodowe uczniów – SPR ze środków Unii Europejskiej w ramach środków z EFS.

**(WYPEŁNIĆ CZYTELNIEM, DRUKOWANYMI LITERAMI)**

<b>I. DANE POTWIERDZAJĄCE STATUS NAUCZYCIELA</b> <b>(Zaświadcza Dyrektor Szkoły/Placówki jeden raz na rok szkolny)</b>		
Nazwa Zespołu Szkół (zaznaczyć właściwe)	Nazwa szkoły, w której pracuje Kandydat/Kandydatka: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>ZSE</b> – Zespół Szkół Ekonomicznych w Nowym Sączu</li> <li><input type="checkbox"/> <b>ZS3</b> - Zespół Szkół Nr 3 im. Bolesława Barbackiego w Nowym Sączu</li> <li><input type="checkbox"/> <b>ZS4</b> - Zespół Szkół Nr 4 w Nowym Sączu</li> <li><input type="checkbox"/> .....</li> </ul> (inna szkoła niż powyższe – podać nazwę szkoły)	..... <i>pieczęć Szkoły/Placówki</i>  ..... <i>(Data i podpis osoby upoważnionej)</i>
Zaświadcza się, że .....jest nauczycielem przedmiotów zawodowych		
<b>DANE DO WERYFIKACJI MERYTORYCZNEJ- KRYTERIA OCENY</b> <b>(nauczyciel stażysta – 5 pkt., kontraktowy – 3 pkt., mianowany – 2 pkt., dyplomowany - 1pkt.)</b>		<b>UZYSKANE PUNKTY:</b>
Stożenie awansu zawodowego: <input type="checkbox"/> nauczyciel stażysta <input type="checkbox"/> kontraktowy <input type="checkbox"/> mianowany <input type="checkbox"/> dyplomowany		
<b>KRYTERIA PREMIUJĄCE (za każdą odpowiedź „tak” 2 pkt)</b>		<b>UZYSKANE PUNKTY:</b>
Nauczyciel z kadry szkoły/placówki wchodzącej w skład CKZ :    tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> objętej projektem		



## II. INFORMACJA O KANDYDACIE

1.	Imię: .....																				
2.	Nazwisko: .....																				
3.	numer PESEL <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				

Fakt bycia osobą niepełnosprawną<sup>1</sup>

tak     nie     odmowa podania informacji

stopień niepełnosprawności.....

Uzupełnij specjalne wymagania w celu dostosowania realizacji projektu do Twoich potrzeb :

.....

.....

.....

## III. FORMA WSPARCIA – DEKLARUJĘ UDZIAŁ W FORMIE WSPARCIA:

**WPISZ NR FORMY WSPARCIA KTÓRĄ WYBIERASZ:**

- 7.1. Studia podyplomowe REKLAMA I PUBLIC RELATIONS DLA NAUCZYCIELI -ZSE
- 7.2. Studia podyplomowe PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ DLA NAUCZYCIELI -ZSE
- 8.1. Szkolenie certyfikowane Amadeus „Konsultant biura podróży” (rezerwacje lotnicze, hotelowe i samochodowe)- ZSE
- 8.2. Szkolenie certyfikujące „REVAS Business Simulations Games”- ZSE
- 8.3. Profesjonalne kursy przygotowane przez stowarzyszenie księgowych w Polsce -ZSE
- 8.4. Kurs języka angielskiego dla nauczycieli przedmiotów zawodowych - doskonalący umiejętności językowe- ZSE
- 8.5. Kurs dla nauczycieli „Obsługa systemu Optitex”- ZS3
- 8.6. Kurs certyfikowany „Od zera do barbera”- ZS4
- 8.7. Kurs certyfikowany „Przedłużanie i zagęszczania włosów ”- ZS4
- 8.8. Kurs certyfikowany „Beauty for You” - ZS4

Świadomy/a o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

.....  
czytelny podpis Uczestnika

<sup>1</sup> osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2016 r., poz. 2046 z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2016 r., poz. 546 z późn. zm.), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia