Załącznik nr 1b do Regulaminu rekrutacji do projektu *„Szkoły skrojone na miarę”*

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**do projektu „Szkoły skrojone na miarę”**

**DANE UCZESTNIKA PROJEKTU:**

Nazwisko: ………………………………………..……Imię (Imiona):

Data urodzenia: ………………PESEL: …………………………. Obywatelstwo: ………………..

Nazwa szkoły:

Wykształcenie:

Płeć: kobieta mężczyzna

**DANE KONTAKTOWE (TELEADRESOWE) UCZESTNIKA PROJEKTU:**

Ulica:…………………………….……………… Nr budynku: …………………… Nr lokalu:

Miejscowość: ………………….………….Kod pocztowy:………………… Gmina:

Powiat: …………………………………….. Województwo:

Telefon kontaktowy:

Adres poczty elektronicznej (e-mail):

**STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:**

1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * tak
 | * nie
 | * odmawiam podania informacji
 |

1. Osoba z niepełnosprawnościami

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * tak
 | * nie
 | * odmawiam podania informacji
 |

Deklaruję udział w projekcie „Szkoły skrojone na miarę” nr FELU.10.03-IZ.00-0112/23, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, Priorytetu X Lepsza edukacja, Działania 10.3 Kształcenie ogólne

ZADANIE 6 - Doskonalenie zawodowe nauczycieli zatrudnionych w szkołach objętych wsparciem, w tym w zakresie pracy z uczniami o specjalnych potrzebach edukacyjnych, kompetencji cyfrowych i zielonej transformacji

Rodzaj zajęć:

1. warsztaty rozwijające kompetencje cyfrowe w zakresie prowadzenia zajęć z różnych przedmiotów w formie zdalnej

|  |  |
| --- | --- |
| * tak
 | * nie
 |

1. warsztaty dla nauczycieli z zakresu neurodydaktyki

|  |  |
| --- | --- |
| * tak
 | * nie
 |

1. warsztaty dla nauczycieli z zakresu pracy z uczniem ze spectrum Autyzmu

|  |  |
| --- | --- |
| * tak
 | * nie
 |

1. warsztaty dla nauczycieli z zakresu pracy asystenta ucznia o specjalnych potrzebach edukacyjnych

|  |  |
| --- | --- |
| * tak
 | * nie
 |

1. warsztaty dla nauczycieli z zielonej transformacji

|  |  |
| --- | --- |
| * tak
 | * nie
 |

**Uzasadnienie adekwatności i spójności wsparcia (opinia dyrektora):**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą oraz, że są mi znane wszelkie konsekwencje prawne i odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

…………………………… ……………………………

 *miejscowość, data czytelny podpis*