



Data złożenia Formularza .....

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU – NAUCZYCIELA/KI „Utworzenie i rozwój ukierunkowanego branżowo CKU w Zgierzu”

### CZĘŚĆ A - Dane Uczestnika/ki

Nazwisko:		Imię:	
Data urodzenia - (RRRR-MM-DD)	- -	Kobieta* <input type="checkbox"/>	Mężczyzna* <input type="checkbox"/>
PESEL:		Wiek:	..... lat
Wykształcenie*:	<input type="checkbox"/> średnie	<input type="checkbox"/> wyższe*	<input type="checkbox"/> inne .....
Osoba z niepełnosprawnościami*:	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/>

### Adres zamieszkania:

Ulica:		Nr domu:		Nr mieszkania:	
Miejscowość:		Miasto* <input type="checkbox"/>	Wieś* <input type="checkbox"/>		
Kod pocztowy:	- -	Poczta:			
Gmina:		Powiat:		Województwo:	

### Dane kontaktowe:

Tel.:		e-mail:	
-------	--	---------	--

### CZĘŚĆ B (Kryteria formalne)

Status nauczyciela kształcenia zawodowego w CKU/Z	TAK* <input type="checkbox"/>	NIE* <input type="checkbox"/>
Status nauczyciela kształcenia zawodowego ze szkół z powiatu zgierskiego	TAK* <input type="checkbox"/>	NIE* <input type="checkbox"/>

### CZĘŚĆ C (Kryteria merytoryczne)

**Zadanie 4 Doskonalenie umiejętności/ kompetencji nauczycieli w ramach branż i zawodów:  
Fryzjersko – kosmetycznej, medycznej, terapii zajęciowej**

Wyrażam chęć uczestnictwa w*:	Wizaż Intens Pro	<input type="checkbox"/>
Wyrażam chęć uczestnictwa w*:	Masaż ajurwedyjski	<input type="checkbox"/>

Wyrażam chęć uczestnictwa w*:	Sterylizacja w branży medycznej	<input type="checkbox"/>
Wyrażam chęć uczestnictwa w*:	Obsługa nowoczesnych programów hotelarskich	<input type="checkbox"/>
Wyrażam chęć uczestnictwa w*:	Terapia ręki i zaburzenia motoryki małej I i II stopnia	<input type="checkbox"/>
Wyrażam chęć uczestnictwa w*:	Arteterapia – zmysłami w emocje	<input type="checkbox"/>
Wyrażam chęć uczestnictwa w*:	Integracja sensoryczna(SI)	<input type="checkbox"/>
Wyrażam chęć uczestnictwa w*:	Staż u pracodawców	<input type="checkbox"/>
Kierunek nauczania zgodny z wspieranymi branżami - 1 pkt.(wypełnia Koordynator)*	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Nauczyciel kontraktowy - 1 pkt.(wypełnia Koordynator)*	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Nauczyciel stażysta - 2 pkt.(wypełnia Koordynator)*	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Staż pracy do 10 lat - 1 pkt.(wypełnia Koordynator)*	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
<b>Zadanie 5 Doskonalenie umiejętności/ kompetencji nauczycieli kształcenia zawodowego z powiatu zgierskiego w zakresie TIK</b>		
Wyrażam chęć uczestnictwa w szkoleniu		<input type="checkbox"/>
Kierunek nauczania zgodny z wspieranymi branżami - 1 pkt.(wypełnia Koordynator)*	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Nauczyciel kontraktowy - 1 pkt.(wypełnia Koordynator)*	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Nauczyciel stażysta - 2 pkt.(wypełnia Koordynator)*	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Staż pracy do 10 lat - 1 pkt.(wypełnia Koordynator)*	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
<b>Zadanie 7 Szkolenie nauczycieli z obsługi zakupionych sprzętów i pomocy dydaktycznych</b>		
Wyrażam chęć uczestnictwa w szkoleniu		<input type="checkbox"/>
<b>CZĘŚĆ D Kryteria premiujące (wypełnia Koordynator)</b>		
Uczestnicy projektu z obszarów wiejskich 2 pkt.	TAK ..... (podpis Koordynatora)	NIE ..... (podpis Pedagog Koordynatora)

\* Należy wstawić znak „x” we właściwym polu.

.....  
(czytelny podpis Uczestnika/ki)

Wypełnia Koordynator Projektu:

<b>Liczba uzyskanych punktów</b>		
<b>Akceptacja uczestnictwa w projekcie</b>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

.....  
(podpis Koordynatora Projektu)