***Załącznik nr 2 do Regulaminu Uczestnictwa w projekcie***

**KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY**

**Proszę o wypełnienie wszystkich poniższych pól:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł projektu** | **„Rozwój i wsparcie edukacji włączającej w Szkołach Podstawowych w Gminie Żukowo”** |
| **Nr projektu** | **FEPM.05.08-IZ.00-0068/23** |
| **Nazwa Szkoły Podstawowej w której nauczyciel jest zatrudniony**  |  |
| Dane uczestnika | 1 | Imię ( imiona) |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | Płeć |  |
| 4 | Data urodzenia |  |
| 5 | PESEL/Inny indentyfikator |  |
| 6 | Obywatelstwo |  |
| 7 | Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| 8 | Wykształcenie**\*** | **☐** **ŚREDNIE I STOPNIA LUB NIŻSZE (ISCED 0-2)**(przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum);**☐** **PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) LUB POLICEALNE (ISCED 4)**(osoby, które ukończyły szkołę: zawodową (a po 2017r. szkołę branżową I stopnia), liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowane, szkołę branżową II stopnia, szkołę policealną;**☐** **WYŻSZE (ISCED 5-8)**(osoby, które ukończyły studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie). |
| Dane kontaktowe | 9 | Kraj |  |
| 10 | Województwo |  |
| 11 | Powiat |  |
| 12 | Gmina |  |
| 13 | Miejscowość |  |
| 14 | Ulica |  |
| 15 | Nr domu |  |
| 16 | Nr lokalu |  |
| 17 | Kod pocztowy |  |
| 18 | Telefon kontaktowy  |  |
| 19 | Adres poczty elektronicznej (e-mail) |  |
| 20 | Osoba obcego pochodzeniaTAK [\_] NIE [\_]  |
| 21 | Osoba z państwa trzeciegoTAK [\_] NIE [\_]  |
| 22 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)TAK [\_] NIE [\_] ODMOWA PODANIA INFORMACJI [\_] |
| 23 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań TAK [\_] NIE [\_]  |
| 24 | Osoba z niepełnosprawnościami TAK [\_] NIE [\_] ODMOWA PODANIA INFORMACJI [\_] |
| Szczególne potrzeby w zakresie dostępności | 25 | Potrzebuję wsparcia w zakresie zaspokojenia szczególnych potrzeb:TAK [\_] NIE [\_]  |
| 26 | W przypadku zaznaczenia powyżej odpowiedzi Tak proszę wskazać rodzaj wsparcia (np. tłumacz języka migowego, pętla indukcyjna, przygotowanie materiałów informacyjnych wydrukowanych większą czcionką niż standardowa, organizacja zajęć w dostępnym architektonicznie pomieszczeniu itd…):……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Status osoby na rynku pracy**\*** |  | [\_] osoba bezrobotna | [\_] osoba bezrobotna;[\_] w tym osoba długotrwałe bezrobotna [\_] w tym inne  |
|  | [\_] osoba bierna zawodowo | [\_] osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu[\_] osoba ucząca się/odbywająca kształcenie[\_] inne |
|  | [\_] osoba pracująca | [\_] osoba prowadząca działalność na własny rachunek,[\_] osoba pracująca w administracji rządowej[\_] osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty][\_] osoba pracująca w organizacji pozarządowej[\_] osoba pracująca w MMŚP[\_] osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie[\_] osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą[\_] osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)[\_] osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)[\_] osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)[\_] osoba pracująca na uczelni[\_] osoba pracująca w instytucie naukowym,[\_] osoba pracująca w instytucie badawczym[\_] osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz[\_] osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym[\_] osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki[\_] osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej[\_] Inne  |

1. Ze względu na brak bądź niskie kwalifikacje deklaruję uczestnictwo w następujących szkoleniach\*\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Szkolenie z zakresu TUS i mediacji rówieśniczej. |  |
| 2. | Szkolenie dot. pracy z wulgarnym i agresywnym uczniem. |  |
| 3. | Szkolenie dot. wsparcia uczniów z autyzmem, w tym z Zespołem Aspergera. |  |
| 4. | Szkolenie dot. planowania, organizacji i oceny skuteczności indywidualnych zajęć z uczniami z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. |  |
| 5. | Szkolenie z zakresu Glottodydaktyki |  |
| 6. | Szkolenie dot. ćwiczeń lewopółkulowych dla uczniów z problemami mowy. |  |

1. Oświadczam, że wyżej wymienione informacje są zgodne z prawdą.
2. Zobowiązuję się informować o zmianach dotyczących danych osobowych.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem projektu, jego treść jest dla mnie zrozumiała, przyjmuje go do wiadomości i zobowiązuje się do jego przestrzegania.
4. Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu Projektu ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027.

……...……………………................……… …….....................................…………………………...…… *Miejscowość i data Czytelny podpis uczestnika*

**\*zaznacz właściwe
\*\*zaznacz haczykiem rodzaj szkolenia, w którym chcesz wziąć udział**