***Załącznik nr 4***

***do Regulaminu rekrutacji i zasad uczestnictwa***

***FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA NAUCZYCIELA***

do Projektu nr FEPM.05.08-IZ.00-0013/24 pn. **„RAZEM w GÓRĘ - projekt edukacyjny dla szkół wiejskich gminy Debrzno”** realizowanym realizowany w ramach Działania 5.8. Edukacji ogólna   
i zawodowa programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 (FEP 2021-2027) współfinansowanym   
ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+).

Data rozpoczęcia udziału w projekcie1:

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

| **Nazwa i adres Szkoły (miejsce zatrudnienia):** | |
| --- | --- |
|  | |
| **Dane Uczestnika Projektu:** | |
| **Imię/imiona:** | **Nazwisko:** |



| **Rodzaj wsparcia:** | |
| --- | --- |
| ***Szkolenia:*** | ***Właściwe zaznaczyć znakiem „X”*** |
| Kurs metody TOMATISA poziom 1 |  |
| Kurs - Mediator szkolny i edukator mediacji rówieśniczych |  |
| Kurs - Trening Umiejętności Społecznych z certyfikatem |  |
| ***Studia podyplomowe:*** | ***Właściwe zaznaczyć znakiem „X”*** |
| Studia podyplomowe "Innowacyjne i kreatywne metody pracy z uczniem" |  |

***KRYTERIA OBLIGATORYJNE*** *(zerojedynkowe):*

| 1. | Posiadanie statusu nauczyciela Szkoły Podstawowej prowadzonej przez Gminę Debrzno objętej wsparciem w ramach projektu | □ TAK | □ NIE |
| --- | --- | --- | --- |

***KRYTERIA PREMIUJĄCE (punktowe, wymagany dokument/kopia dokumentu potwierdzającego spełnienie kryterium):***

| 1. | Brak kompetencji w danej tematyce (oświadczenie) | □ TAK | □ NIE |
| --- | --- | --- | --- |
| 2. | Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności (orzeczenie) | □ TAK | □ NIE |

**SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA PROJEKTU**

| Proszę zaznaczyć usługę, której PA/Pani potrzebuje: | Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/ Systemu Językowo-Migowego | ☐ | TAK | ☐ | NIE |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pętla indukcyjna | ☐ | TAK | ☐ | NIE |
| Powiększony tekst | ☐ | TAK | ☐ | NIE |
| Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną | ☐ | TAK | ☐ | NIE |
| Inne | ☐ | TAK | ☐ | NIE |
| Jeżeli w pkt 5 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby: |  | | | | |

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

Miejscowość, data Czytelny podpis