**FORMULARZ ZGŁOSZENIA UDZIAŁU W PROJEKCIE - nauczyciel**

|  |  |
| --- | --- |
| Informacje wypełniane przez szkołę przyjmującą wniosek: | |
| Data przyjęcia wniosku: |  |
| Czytelny podpis osoby przyjmującej: |  |

**UWAGA:**

1. Wniosek powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń. Każdy punkt musi być wypełniony, jeżeli nie dotyczy, proszę wpisać odpowiednio BRAK lub NIE DOTYCZY.
2. w przypadku jakichkolwiek skreśleń, proszę postawić parafkę wraz z datą(obok skreślenia) a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa*** |
| *1* | *Tytuł Projektu: „Szkoła XXI wieku w miejscowości Bartodzieje”* |
| *2* | *Nr Projektu: RPMA.10.01.01-14-b914/18* |
| *3* | *Priorytet Inwestycyjny, w ramach którego jest realizowany Projekt: X Edukacja dla rozwoju regionu* |
| *4* | *Działanie, w ramach którego jest realizowany Projekt: 10.1 Kształcenie i rozwój dzieci i młodzieży* |
| *5* | *Poddziałanie, w ramach którego jest realizowany Projekt: 10.1.1 Edukacja ogólna* |

**I.          Dane uczestnika projektu, który otrzymuje wsparcie w ramach EFS**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Dane personalne nauczyciela*** |
| 1 | Imię (imiona): |
| 2 | Nazwisko: |
| 3 | Płeć: |
| 4 | Wiek w chwili przystępowania do projektu: |
| 5 | PESEL: |
| 6 | Nazwa instytucji - miejsca pracy: Szkoła Podstawowa w Bartodziejach |
| 7 | Wykształcenie: |
| 8 | Wykonywany zawód: nauczyciel kształcenia ogólna; nauczyciel kształcenia zawodowego; nauczyciel kształcenia przedszkolnego; pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej; inne  \*właściwe podkreślić |
| 9 | Zatrudniony w: |
| 10 | Stopień awansu zawodowego: |
| 11 | Opieka nad dziećmi do lat 7:  - TAK - NIE\*  *\*Właściwe podkreślić* |
| 12 | Opieka nad osobą zależną:  - TAK - NIE\*  *\*Właściwe podkreślić* |
|  | **Adres zamieszkania** |
| 13 | Ulica: |
| 14 | Nr domu: |
| 15 | Nr lokalu: |
| 16 | Miejscowość: |
| 17 | Kod pocztowy: |
| 18 | Województwo: |
| 19 | Powiat: |
|  | **Dane kontaktowe** |
| 20 | Telefon stacjonarny: |
| 21 | Telefon komórkowy: |
| 22 | Adres poczty elektronicznej (e-mail): |
| 23 | Data rozpoczęcia udziału w projekcie: |
| 24 | Data zakończenia udziału w projekcie: |
| 25 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  TAK                 NIE  \*Właściwym podkreślić |
| 26 | Osoba z niepełnosprawnościami  TAK                 NIE  \*Właściwym podkreślić |
| 27 | Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących  TAK                 NIE  \*Właściwym podkreślić |
| 28 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia   TAK                 NIE  \*Właściwym podkreślić |
| 29 | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)   TAK                 NIE  \*Właściwym podkreślić |

Pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, iż dane oraz oświadczenia zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

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