

**FORMULARZ REKRUTACYJNY – NAUCZYCIEL****projekt pn. „Kształcimy zawodowo w Żorach”**

.....
(nazwa placówki oświatowej)

realizowany w ramach Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 (Europejski Fundusz Społeczny+) dla Priorytetu: FESL.06.00 - Fundusze Europejskie dla edukacji dla działania: FESL.06.03 – Kształcenie zawodowe

proszę o wypełnienie tylko białych pól

| | | | |
|-----------------------------------|-----------|--|--|
| Dane uczestnika | 1 | Imię | |
| | 2 | Nazwisko | |
| | 3 | PESEL | |
| | 4 | Kraj | |
| | 5 | Obywatelstwo | |
| | 6 | Rodzaj uczestnika | |
| | 7 | Nazwa Instytucji | |
| | 8 | Płeć | |
| | 9 | Data urodzenia | |
| | 10 | Wiek w chwili przystąpienia do projektu | |
| | 11 | Wykształcenie | |
| Dane kontaktowe uczestnika | 12 | Kraj | |
| | 13 | Województwo | |
| | 14 | Powiat | |



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

| | | | |
|-----------------------------|----|--|--|
| | 15 | Gmina | |
| | 16 | Miejscowość | |
| | 17 | Ulica | |
| | 18 | Nr budynku | |
| | 19 | Nr lokalu | |
| | 20 | Kod pocztowy | |
| | 21 | Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) | |
| | 22 | Telefon kontaktowy | |
| | 23 | Adres e-mail | |
| Szczegóły i rodzaj wsparcia | 24 | Data rozpoczęcia udziału w projekcie | |
| | 25 | Data zakończenia udziału w projekcie | |
| | 26 | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | |
| | 27 | Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia | |
| | 28 | Klasa do której uczęszcza uczeń w chwili przystąpienia do projektu | |
| | 29 | Wykonywany zawód | |
| | 30 | Zatrudniona/-y w | |
| | 31 | Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie | |
| | 32 | Sytuacja (2) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie | |
| | 33 | Inne rezultaty dotyczące osób młodych | |
| | 34 | Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa | |



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

| | | | |
|---|----|--|---|
| | 35 | Rodzaj przyznanego wsparcia | |
| | 36 | Data rozpoczęcia udziału we wsparciu | |
| | 37 | Data zakończenia udziału we wsparciu | |
| | 38 | Data założenia działalności gospodarczej | |
| | 39 | Kwota przyznanych środków na założenie działalności gospodarczej | |
| | 40 | PKD założonej działalności gospodarczej | |
| Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu | 41 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | TAK / NIE* |
| | 42 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | TAK / NIE* |
| | 43 | Osoba z niepełnosprawnościami | TAK / NIE* |
| | 44 | Wskaż potrzeby specjalne (jeśli dotyczy) Zgodnie ze standardami dostępności dla polityki spójności 2021-2027 stanowiącymi załącznik nr 2 do „Wytycznych dotyczących zasad równościowych w ramach funduszy unijnych na lata 2021-2027” | Nie dotyczy/specjalne potrzeby*: |
| | 45 | Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej | TAK / NIE* |
| | 46 | Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opiszem Priorytetów Programu Operacyjnego Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego 2014-2020 / | |

Fundusze Europejskie
dla ŚląskiegoDofinansowane przez
Unię EuropejskąWojewództwo
Śląskie

| | | |
|--|--|--|
| | Zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu | |
|--|--|--|

* prawidłową odpowiedź należy pozostawić nieprzekreśloną

47. Co możemy zrobić, abyś czuła się/czuł się u nas komfortowo?

| | |
|--|------------------------------------|
| Dostosować przestrzeń do niepełnosprawności ruchowej – jeśli tak, proszę podać w jakim miejscu | Tak/Nie |
| Zapewnić alternatywne formy materiałów | Tak/Nie |
| Zapewnić system wspomagający słyszenie | Tak/Nie |
| Zapewnić tłumacza języka migowego | Tak/Nie |
| Specjalne wyżywienie | |
| Inne – proszę dopisać | |

Wnioskuję o objęcie mnie następującym rodzajem wsparcia*:

| Rodzaj wsparcia | Tak |
|---|-----|
| Doskonalenie kompetencji nauczycieli w pracy z uczniem z doświadczeniem migracyjnym | |
| Kurs dla Nauczycieli dot. wsparcia dzieci w ich cierpieniach | |

*należy postawić X przy wybranej formie wsparcia

.....
Miejscowość.....
Czytelny podpis uczestnika projektu