

Załącznik nr 1 do Regulaminu  
Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Fabryka Kompetencji Kluczowych”  
Dla Szkoły Podstawowej w Dargini

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „Fabryka Kompetencji Kluczowych”

realizowanego w ramach RPO WZ 2014-2020, Oś Priorytetowa VIII Edukacja  
Działanie 8.4 Upowszechnienie edukacji przedszkolnej oraz wsparcie szkół i placówek  
prowadzących kształcenie ogólne oraz uczniów uczestniczących w kształceniu  
podstawowym, gimnazjalnym, ponadpodstawowym i ponadgimnazjalnym w ramach Strategii  
ZIT dla Koszalińsko – KołobrzESCO – Białogardzkiego Obszaru Funkcjonalnego

**Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania**  
(podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest  
równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu)

**FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, A POLA WYBORU  
ZAZNACZYĆ "X".**

1. Informacja o szkole prowadzącej rekrutację:																				
Nazwa szkoły:	SZKOŁA PODSTAWOWA W DARGINI																			
Typ szkoły (właściwie zaznacz znakiem x):	<input checked="" type="checkbox"/> Szkoła Podstawowa <input type="checkbox"/> Liceum Ogólnokształcące																			
Adres szkoły (kod pocztowy, poczta, miejscowość, ulica, nr budynku):	DARGIŃ 47, 76-020 BOBOLICE																			
Organ prowadzący szkołę:	GMINA BOBOLICE																			
2. Dane kandydata/kandydatki:																				
Kraj zamieszkania	POLSKA																			
Rodzaj uczestnika	<input type="checkbox"/> Indywidualny <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji / podmiotu																			
Imię:																				
Nazwisko:																				
PESEL:												Płeć:	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M							
Wiek w chwili przystąpienia do projektu:								Data urodzenia:			-									
Wyszkolenie (właściwie zaznaczyć znakiem x):																				
<input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED1) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED2) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED3) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)																				

Adres zamieszkania			
Województwo:	ZACHODNIOPOMORSKIE	Ulica:	
Powiat:		Nr budynku:	
Gmina:	BOBOLICE	Numer lokalu:	
Miejscowość zamieszkania:		Kod pocztowy:	76-020
<b>Obowiązkowe dane kontaktowe - w przypadku osób niepełnoletnich – można podać dane kontaktowe do rodziców / opiekunów prawnych</b> <b>UWAGA: w przypadku uczniów należy podać co najmniej jedną z poniższych informacji, nauczyciele zobowiązani są do wskazania obu informacji.</b>			
Telefon kontaktowy (stacjonarny lub komórkowy) Uczestnika projektu:			
Adres poczty elektronicznej:			
3. Dane dodatkowe kandydata/kandydatki:			
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:		<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, w tym ucząca się <input type="checkbox"/> osoba pracująca (nauczyciel kształcenia ogólnego)	
Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia (w przypadku uczniów):			
Osoba z niepełnosprawnościami:		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Osoba w niekorzystanej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej):		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	
4. Preferowane formy wsparcia kandydata/kandydatki: (właściwe zaznaczyć znakiem x)			
1. Poradnictwo zawodowe dla uczniów:	a) Grupowe doradztwo zawodowe	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
	b) <b>Indywidualne doradztwo zawodowe</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
3. Formy wsparcia dla uczniów	a) Zajęcia z matematyki z wykorzystaniem TIK dla klasy I (60 godz.)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
	c) <b>Zajęcia z języka polskiego z wykorzystaniem TIK dla klasy II (60 godz.)</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
	c) <b>Zajęcia z edukacji artystycznej z wykorzystaniem TIK dla klasy III (60 godz.)</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
	e) <b>Zajęcia z przyrody z wykorzystaniem TIK dla klasy IV (60 godz.)</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
	f) <b>Zajęcia z języka angielskiego z wykorzystaniem TIK dla klasy V (60 godz.)</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
	g) <b>Zajęcia z matematyki z wykorzystaniem TIK dla klasy VI (60 godz.)</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
	h) <b>Zajęcia z programowania „Programowanie super sprawa” dla klasy VII (60 godz.)</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

	i) <b>Zajęcia z historii z wykorzystaniem TIK dla klasy VIII (60 godz.)</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	j) <b>Zajęcia indywidualne z edukacji włączającej z wykorzystaniem TIK z uczniem niepełnosprawnym w stopniu lekkim (60 godz.)</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	k) Zajęcia indywidualne z edukacji włączającej z wykorzystaniem TIK z uczniem niepełnosprawnym Autyzm/Asperger (60 godz.)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4. Formy wsparcia dla nauczycieli:	a) Szkolenie nauczycieli z umiejętności wykorzystania TIK w edukacji włączającej (5 godz.)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	b) <b>Szkolenie nauczycieli z wykorzystania TIK w nauczaniu i uczeniu się uczniów w procesie dydaktycznym (5 godz.)</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	c) <b>Szkolenie nauczycieli z obsługi i wykorzystania drukarki 3D (5 godz.)</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>5. Specjalne potrzeby związane z udziałem w projekcie:</b>		
Czy kandydat jest osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Czy kandydat ma specjalne potrzeby związane z udziałem w projekcie?		

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis kandydata/opiekuna prawnego)\*

Wynik rekrutacji (wypełnia szkoła)		
Kandydat/kandydatka zakwalifikowany/a do udziału w projekcie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Data:		
Czytelny podpis Szkolnego Koordynatora Projektu / Dyrektora Szkoły:		

Data rozpoczęcia udziału w projekcie (data udziału w pierwszej formie wsparcia w ramach projektu):	
--	--