



Fundusze Europejskie
dla Dolnego Śląska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



**DOLNY
ŚLĄSK**

Projekt „Dobry start przedszkolaków z Gminy Świdnica” (FEDS.08.01-IZ.00-0070/23)

Załącznik nr 2b do Regulaminu rekrutacji

DEKLARACJA UCZESTNICTWA NAUCZYCIELA/NAUCZYCIELKI

w projekcie: Projekt „Dobry start przedszkolaków z Gminy Świdnica” (FEDS.08.01-IZ.00-0070/23)

PROSIMY O WYPEŁNIENIE PISMEM DRUKOWANYM/CZYTELNIE

Dane uczestnika/uczestniczki Projektu	Imię NAUCZYCIELA/NAUCZYCIELKI	
	Nazwisko NAUCZYCIELA/NAUCZYCIELKI	
	Pesel NAUCZYCIELA/NAUCZYCIELKI	
	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec
	Wiek w chwili przystępowania do projektu <i>(Należy podać wiek uczestnika na dzień podpisania deklaracji uczestnictwa w projekcie)</i>	
	Data urodzenia NAUCZYCIELA/NAUCZYCIELKI	
	Wykształcenie NAUCZYCIELA/NAUCZYCIELKI	<input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)
Dane kontaktowe uczestnika/uczestniczki Projektu	Województwo	DOLNOŚLĄSKIE
	Powiat	
	Gmina	
	Miejscowość	
	Kod pocztowy	
	Obszar	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski <input type="checkbox"/> wiejsko-miejski
	Ulica	
	Nr domu i nr lokalu	
	Telefon kontaktowy (prywatny)	
	Adres poczty elektronicznej (e-mail) (prywatny)	

Biuro Projektu: Krzyżowa 7, 58-112 Grodziszczce, sekretariat@krzyzowa.pl / biuro.projektu@krzyzowa.pl, tel. 74 85 00 301/ 74 85 00 123

Partner Wiodący Projektu: Fundacja „Krzyżowa” dla Porozumienia Europejskiego

Partner Projektu: Gmina Świdnica



Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu		Osoba pracująca <input checked="" type="checkbox"/> TAK
W tym:	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)	
Nazwa przedszkola	<i>(Proszę podać nazwę przedszkola, w którym zatrudniony/a jest NAUCZYCIEL/NAUCZYCIELKA)</i>	
Status uczestnika/uczestniczki	- osoba obcego pochodzenia (cudzoziemiec nie posiadający polskiego obywatelstwa)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	- osoba państwa trzeciego (osoba spoza UE)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	- osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	- osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	- osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności *	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	*Jeżeli TAK proszę o podanie nr decyzji	
Data rozpoczęcia udziału w projekcie	<i>(należy wpisać datę pierwszych zajęć w ramach projektu)</i>	
<p>1. Oświadczam, iż podane w niniejszej deklaracji dane są zgodne z prawdą. Zostałem pouczony(a) o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.</p> <p>2. Zapoznałem(am) się z regulaminem uczestnictwa w Projekcie i w pełni go akceptuję.</p> <p>3. Oświadczam, iż spełniam warunki kwalifikujące mnie do udziału w projekcie tj.:</p> <p>a. uczestniczę w projekcie z własnej inicjatywy,</p> <p>b. jestem pracownikiem przedszkola biorącego udział w projekcie.</p> <p>4. Deklaruję zorganizowanie wewnętrznego szkolenia dla współpracowników szkoły z poznanych podczas wsparcia metod.</p> <p>5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i dołączam do niniejszej deklaracji oświadczenie dotyczące przetwarzania moich danych osobowych.</p> <p>6. W przypadku posiadania orzeczenia o niepełnosprawności przekażę kadrze projektu informację dotyczącą moich potrzeb związanych z udziałem w projekcie związanych z moją niepełnosprawnością.</p>		
..... <i>Czytelny podpis uczestnika/uczestniczki projektu</i>	 <i>Data</i>

PROSIMY DRUKOWAĆ DWUSTRONNIE