Załącznik nr 1 do Regulaminu

**Formularz rekrutacyjny do udziału**

***Data złożenia/wpływu formularza:***

*……………………………………………………..*

***Podpis osoby przyjmującej formularz:***

*…………………………………………………….*

**w kursach i szkoleniach dla nauczycieli**

**w ramach projektu „Centrum Kompetencji Zawodowych w Zespole Szkół Ponadgimnazjalnych w Krzeszowicach”
nr RPMP.10.02.01-12-0021/19**

Niniejszym zgłaszam zainteresowanie udziałem w:

* Kursie Autodesk i AutoCad
* Szkoleniu części rady pedagogicznej dotyczącym wykorzystania e-podręczników,
e-zasobów/e-materiałów dydaktycznych

w ramach projektu „Centrum Kompetencji Zawodowych w Zespole Szkół Ponadgimnazjalnych
w Krzeszowicach” nr RPMP.10.02.01-12-0021/19.

**Pozycje w tabeli o numerach od 1 do 10 wypełnia nauczyciel. Pozycję numer 11 wypełnia dyrektor szkoły.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Imiona** |  |
| **2.** | **Nazwisko** |  |
| **3.** | **Szkoła** | * Zespół Szkół Ponadpodstawowych w Krzeszowicach
* Zespół Szkół i Placówek Oświatowych w Skale
* Inna (należy podać nazwę) …………………………………………………………..
 |
| **4.** | **PESEL** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

  |
| **5.** | **Nauczane przedmioty** |  |
| **6.** | **Staż pracy** | * do 2 lat
* od 2 do 5 lat
* od 6 do 10 lat
* od 10 do 20 lat
* od 20 do 25 lat
* powyżej 25 lat
 |
| **7.** | **Specjalne potrzeby uczestnika projektu (wynikające z niepełnosprawności lub ograniczonej sprawności)** | * NIE
* TAK

Jeżeli tak, proszę opisać: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **8.** | **Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności lub inny adekwatny dokument poświadczający stan zdrowia**  | * NIE
* ODMAWIAM UDOSTĘPNIENIA DANYCH
* TAK – należy dostarczyć kserokopię:

orzeczenia o niepełnosprawności lub inny adekwatny dokument poświadczający stan zdrowia np. w przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza (orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia) |
| **9.** | **Kryteria społeczno-socjalne**  | * Jestem osobą, która sprawuje samodzielną opiekę nad dzieckiem do lat 7
* Jestem osobą, która sprawuje samodzielną opiekę nad osobą zależną
* W poprzednim roku szkolnym przebywałem/przebywałam na długotrwałym urlopie (np. macierzyńskim, rodzicielskim lub ojcowskim lub wynikającym ze stanu zdrowotnego) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(należy wpisać jakim) |
| **10.** | **Opis motywacji do udziału w projekcie w kontekście rozwoju zawodowego**  |  |
| **11.** | **Opinia dyrektora szkoły na temat zasadności podnoszenia kwalifikacji zawodowych***Uzupełnia dyrektor szkoły*  |  |

**Oświadczenia**:

W związku z udziałem w rekrutacji do udziału w kursie lub szkoleniu w projekcie „Centrum Kompetencji Zawodowych w Zespole Szkół Ponadgimnazjalnych w Krzeszowicach” nr RPMP.10.02.01-12-0021/19, niniejszym oświadczam, iż:

1. posiadam status nauczyciela przedmiotu zawodowego szkół i placówek z terenu
woj. małopolskiego prowadzących kształcenie zawodowe i ustawiczne lub liceum ogólnokształcącego,
2. jestem zainteresowany wsparciem w postaci udziału w kursie lub szkoleniu w ramach projektu,
3. nie jestem uczestnikiem innego projektu realizowanego w tym samym czasie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020,
w którym przewidziane formy wsparcia uczestnika są tego samego rodzaju lub zmierzają do tego samego celu/korzyści dla uczestnika projektu,
4. zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i udziału w kursach i szkoleniach dla nauczycieli
i zobowiązuję się przestrzegać jego postanowień,
5. zostałem/am poinformowany, że projekt „Centrum Kompetencji Zawodowych w Zespole Szkół Ponadgimnazjalnych w Krzeszowicach” nr RPMP.10.02.01-12-0021/19 jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

…………………………………. …….………………………….……………
MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS NAUCZYCIELA

**KARTA OCENY FORMULARZA REKRUTACYJNEGO**

**WYPEŁNIA KOMISJA REKRUTACYJNA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj kryterium** | **Czy nauczyciel spełnia kryterium?** |
| Kandydat/kandydatka posiada status nauczyciela przedmiotu zawodowego szkół i placówek z terenu woj. małopolskiego prowadzących kształcenie zawodowe i ustawiczne lub liceum ogólnokształcącego | * Tak
* Nie
 |
| Nauczyciel nie jest uczestnikiem innego projektu realizowanego w tym samym czasie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, w którym przewidziane formy wsparcia uczestnika są tego samego rodzaju lub zmierzają do tego samego celu/korzyści dla uczestnika projektu | * Tak
* Nie
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa kryterium** | **Maksymalna ilość punktów możliwych do uzyskania** | **Ilość przyznanych punktów** |
| **Staż pracy**do 2 lat – 5 pktod 2 do 5 lat – 4 pktod 6 do 10 lat – 3 pktod 10 do 20 lat – 2 pktod 20 do 25 lat – 1 pktpow. 25 lat – 0 pkt | 5 |  |
| **Opis motywacji do udziału w projekcie w kontekście rozwoju zawodowego**od 0 do 5 pkt | 5 |  |
| **Kryteria społeczno-socjalne**w przypadku spełnienia przedmiotowego kryterium, tj. gdy nauczyciel sprawuje samodzielną opiekę nad dzieckiem do lat 7 lub osobą zależną, powrócił do pracy po długotrwałym urlopie - otrzymuje 15 pkt | 15 |  |
| **Opinia Dyrektora Szkoły nt. zasadności podnoszenia kwalifikacji zawodowych** | 2 |  |
| **SUMA PUNKTÓW** | **27** |  |
| W przypadku równorzędnej ilości punktów - decyzja Dyrektora Szkoły (wypełnić tylko w sytuacji równorzędnej ilości punktów) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………..……………………………………………………………………………. |
| Decyzja Komisji Rekrutacyjnej | * Nauczyciel zakwalifikowany/a
* Nauczyciel niezakwalifikowany/a
 |

………………………………………………………………………………
MIEJSCOWOŚĆ I DATA , PODPIS CZŁONKA KOMISJI REKRUTACYJNEJ

………………………………………………………………………………
MIEJSCOWOŚĆ I DATA , PODPIS CZŁONKA KOMISJI REKRUTACYJNEJ