



Projekt nr FELD.08.06-IZ.00-0016/23 „Różnorodność naszą siłą” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027

Data złożenia Formularza

FORMULARZ ZGŁOSZENIA NAUCZYCIELA - UCZESTNIKA PROJEKTU PN.: „Różnorodność naszą siłą”															
CZĘŚĆ A - Dane Uczestnika/czki															
Nazwisko:				Imię:											
Data urodzenia - (RRRR-MM-DD)				Kobieta*				<input type="checkbox"/>		Mężczyzna*		<input type="checkbox"/>			
PESEL:				Wiek:			 lat							
Wykształcenie*:		Ponadgimnazjalne*		<input type="checkbox"/>		Policealne*		<input type="checkbox"/>		Wyższe*		<input type="checkbox"/>			
Osoba z niepełnosprawnościami*:				TAK		<input type="checkbox"/>		NIE		<input type="checkbox"/>		Odmowa podania informacji		<input type="checkbox"/>	
Adres zamieszkania:															
Ulica:				Nr domu:				Nr mieszkania:							
Miejscowość:				Miasto*				<input type="checkbox"/>		Wieś*		<input type="checkbox"/>			
Kod pocztowy:				Poczta:											
Gmina:				Powiat:				Województwo:							
Dane kontaktowe:															
Tel.:				e-mail:											
CZĘŚĆ B (Kryteria formalne)															
Status nauczyciela wychowania przedszkolnego w PM/112				TAK*		<input type="checkbox"/>		NIE*		<input type="checkbox"/>					
CZĘŚĆ C (Kryteria merytoryczne)															
Wyrażam chęć uczestnictwa w*:				Studiach podyplomowych „Muzykoterapia”								<input type="checkbox"/>			
				Studiach podyplomowych „Integracja sensoryczna – diagnoza i terapia dzieci”								<input type="checkbox"/>			
				Kursie „Terapia ręki i zaburzeń motoryki małej I i II st.”								<input type="checkbox"/>			

	Szkoleniu „MFT 4-8 sTArS – terapia miodfunkcjonalna w wieku 4-8 lat ze specjalną terapią zaburzeń artykulacyjnych głosek s/sz wg N. Forster i A. Kittel”			<input type="checkbox"/>
	Szkoleniu „Diagnoza i terapia jąkania i innych zaburzeń płynności mówienia z uwzględnieniem konsekwencji współpracy z rodziną”			<input type="checkbox"/>
	Szkoleniu „Zapobieganie dyskryminacji”			<input type="checkbox"/>
Nauczyciel początkujący 2 pkt (wypełnia Koordynator Projektu)	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Nauczyciel mianowany 1 pkt (wypełnia Koordynator Projektu)	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>

* Należy wstawić znak „x” we właściwym polu.

.....
(czytelny podpis Uczestnika/czki)

Wypełnia Koordynator Projektu:

Liczba uzyskanych punktów:		
Akceptacja uczestnika/czki w Projekcie:	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

.....
(podpis Koordynatora Projektu)