

Projekt nr RPLD.11.01.04-10-0015/19, pn. "Równe szanse – różne możliwości",  
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego  
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Data złożenia Formularza .....

<b>FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU - NAUCZYCIELA „Równe szanse – różne możliwości”</b>												
<b>CZĘŚĆ A - Dane Uczestnika</b>												
Nazwisko:							Imię:					
Data urodzenia - (RRRR-MM-DD)					-				Kobieta*	<input type="checkbox"/>	Mężczyzna*	<input type="checkbox"/>
PESEL:									Wiek:	..... lat		
Wykształcenie*:	<input type="checkbox"/>	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"/>			
<b>Adres zamieszkania:</b>												
Ulica:					Nr domu:			Nr mieszkania:				
Miejscowość:						Miasto*	<input type="checkbox"/>	Wieś*	<input type="checkbox"/>			
Kod pocztowy:					-		Poczta:					
Gmina:					Powiat:			Województwo:				
<b>Dane kontaktowe:</b>												
Tel.:							e-mail:					
<b>CZĘŚĆ B (Kryteria formalne)</b>												
Status nauczyciela kształcenia ogólnego w IV LO	TAK*		<input type="checkbox"/>	NIE*		<input type="checkbox"/>						
<b>CZĘŚĆ C (Kryteria merytoryczne)</b>												
<b>Zadanie 10 Doskonalenie umiejętności oraz kompetencji nauczycieli IV LO</b>												
Wyrażam chęć uczestnictwa w*:	Szkolenie „Praktyczne wskazówki dotyczące form i metod pracy z uczniem z Zespołem Aspergera”									<input type="checkbox"/>		

Projekt nr RPLD.11.01.04-10-0015/19, pn. "Równe szanse – różne możliwości",  
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego  
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU - NAUCZYCIELA „Równe szanse – różne możliwości”

Kierunek nauczania:	.....			
Zgodność szkolenia z kierunkami nauczania n-la, ze zdiagnozowanymi problemami szkoły i n-la, zgodność szkoleń z koniecznością podniesienia niewystarczających umiejętności n-la z danego obszaru, potwierdzone przez Dyrektora szkoły (1 pkt) (wypełnia Dyrektor szkoły)*	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>

\* Należy wstawić znak „x” we właściwym polu.

.....  
(czytelny podpis Uczestnika)

Wypełnia Koordynator Projektu:

Liczba uzyskanych punktów:	
----------------------------	--

.....  
(podpis Koordynatora Projektu)