|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU (NAUCZYCIELA)** | **NR** |
| Zgłoszenie do udziału w **szkoleniu w zakresie korzystania z pomocy dydaktycznych i narzędzi TIK i włączania ich do nauczania przedmiotowego** w ramach projektu pt.**„Szkolna Akademia Kompetencji dla uczniów Liceum Ogólnokształcącego w Zespole Szkół Ponadgimnazjalnych w Drzewicy”** współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 |
| **DANE OSOBOWE** |
| **Nazwisko** |  |
| **Imię (imiona)** |  |  |
| **Płeć (zaznaczyć x)** | **Kobieta** |  | **Mężczyzna** |  |
| **Data i miejsce urodzenia** |  | **Pesel** |  |
| **Wykształcenie** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| **Miejscowość** |  | **Kod pocztowy** |  |
| **Ulica** |  | **Nr domu** |  | **Nr lokalu** |  |
| **Województwo** |  | **Powiat** |  |
| **Gmina** |  |
| **Adres poczty elektronicznej** |  | **Telefon stacjonarny** |  |
| **Telefon komórkowy** |  |
| **Jestem nauczycielem/nauczycielką przedmiotów kształcenia ogólnego w Liceum Ogólnokształcącym w Zespole Szkół Ponadgimnazjalnych w Drzewicy . Prowadzę kształcenie ogólne z przedmiotów:** |
|  |
| **W przypadku zgłoszeń dokonanych przez osoby z różnymi niepełnosprawnościami prosimy o podanie zakresu koniecznych udogodnień, które ewentualnie moglibyśmy zapewnić** |  |

**PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI I DOSTARCZYĆ DO BIURA PROJEKTU (ADRES PONIŻEJ) LUB SEKRETARIATU SZKOŁY**

………………………………………………………………………………….

Podpis uczestnika projektu

Do formularza zgłoszeniowego dołączam zaświadczenia od dyrektora szkoły o:

* nauczaniu przedmiotu/przedmiotów kształcenia ogólnego w Liceum Ogólnokształcącym w Zespole Szkół Ponadgimnazjalnych w Drzewicy;
* zgodności potrzeby objęcia zaplanowanym wsparciem, tj. szkoleniem w zakresie korzystania z pomocy dydaktycznych i narzędzi TIK i włączania ich do nauczania przedmiotowego, z planem rozwoju Liceum Ogólnokształcącym w Zespole Szkół Ponadgimnazjalnych w Drzewicy

 ………………………………………………………………………………….

Podpis uczestnika projektu

Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu rekrutacji do projektu „”Szkolna Akademia Kompetencji dla uczniów Liceum Ogólnokształcącego w Zespole Szkół Ponadgimnazjalnych w Drzewicy, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

Moje dane osobowe zostaną powierzone do przetwarzania przez:

* Beneficjenta realizującego Projekt – Powiat Opoczyński, ul. Kwiatowa 1a.

……………………………………………………………………………….

 Podpis uczestnika projektu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7 | **Powiat Opoczyński**ul. Kwiatowa 1a26-300 Opoczno**www.opocznopowiat.pl** | **Biuro Projektu:** ul. Rolna 6, pok. 21226-300 Opoczno tel. 44 736 15 54 |