**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA NAUCZYCIELA/NAUCZYCIELKI - UCZESTNIKA PROJEKTU „Edu(R)Ewolucja 2.1 – projekty na rzecz szkół kształcenia ogólnego na terenie Miasta Bydgoszczy.”**

**Szkoła Podstawowa nr 63 z Oddziałami Sportowymi w Bydgoszczy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane podstawowe** | | |
| **1.** | Imię |  |
| **2.** | Nazwisko |  |
| **3.** | Jestem nauczycielem/nauczycielką w szkole podstawowej objętym projektem | *Szkoły Podstawowej nr 63 z Oddziałami Sportowymi w Bydgoszczy* |
| **4.** | Wybrana forma wsparcia (należy wskazać nazwę kursu i szkolenia) |  Szkolenie Diagmatic – szkolenie RP   Szkolenie Diagmatic – zespół szkolnych ekspertów   Kurs Terapeuty Środowiskowego dzieci i młodzieży   Szkolenia w ramach Ligii Robotyki – I etap edukacyjny   Szkolenia w ramach Ligii Robotyki – II etap edukacyjny   ABC rozmowy doradczej z uczniem w szkole podstawowej   Wykorzystanie prostego narzędzia przy dokonywania wyboru szkoły. SWOT kariery ucznia   Doradztwo zawodowe w szkole podstawowej - szkolenie dla Rady Pedagogicznej (dla nauczycieli kl. I-III i nauczycieli W-F)   Doradztwo zawodowe w szkole podstawowej - szkolenie dla Rady Pedagogicznej (dla nauczycieli kl. IV-VIII) |
| **5** | Co możemy zrobić, aby Pan/Pani czuł/czuła się u nas komfortowo? Proszę zaznaczyć właściwą opcję: |  przygotowanie materiałów szkoleniowych wydrukowanych większą czcionką niż standardowa   TAK  NIE  - pętla indukcyjna -  TAK  NIE  - specjalne potrzeby żywieniowe – proszę wskazać jakie: ………………………………………………………………..  - inne: ……………………………………….. |

Data i podpis nauczyciela: ……………………………

Data wpływu formularza : …….…………

**Zaświadczenie o statusie nauczyciela/nauczycielki**:

Zaświadczam, że Pan/Pani …………………………………… jest nauczycielem/nauczycielką w szkole objętej projektem tj. w Szkole Podstawowej nr 63 z Oddziałami Sportowymi w Bydgoszczy

…………………………..

Podpis pracownika szkoły i pieczęć szkoły

**Rekomendacja**

Rekomenduję udział Pana/Pani …………………………………………………………………… w szkoleniu/studiach podyplomowych w zakresie ……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………….

Data i Podpis Dyrektora szkoły

**Kryteria premiujące:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryterium premiujące** | **Potwierdzenie** | **Liczba przyznanych punktów** |
| **Kryteria na szkolenia/studia podyplomowe** | | |
| Staż pracy nauczyciela/nauczycielki | Poniżej 15 lat/powyżej 15 lat | Powyżej 15 lat – 2 pkt  Poniżej 15 lat – 1 pkt |
| Rekomendacje Dyrektora szkoły | TAK p NIE p | TAK – 1 pkt  NIE – 0 pkt |

W przypadku, gdy liczba uczestników/uczestniczek, którzy zgłosili się do udziału w danej formie wsparcia jest równa lub niższa niż liczba dostępnych miejsc, szkoła odstępuje od analizy kryteriów premiujących i nadawania wag punktowych.