**FORMULARZ APLIKACYJNY**

**przeprowadzenie zajęć dla uczestników sieci współpracy i samokształcenia, moderowanych przez pracowników ORE, z zakresu tematyki związanej z procesowym wspomaganiem szkół i przedszkoli.**

|  |
| --- |
| **1. Informacje o kandydacie**  |
| 1.1 Nazwisko |  |
| 1.2 Imię |  |
| 1.3 Adres do korespondencji  |  |
| 1.4 Województwo |  |
| 1.5 Powiat |  |
| 1.6 Adres e-mail/tel. kontaktowy |  |
| 1.7 Miejsce pracy |  |
| 1.8 Prowadzę działalność gospodarczą, której zakres działania pokrywa się z przedmiotem zamówienia *– należy zaznaczyć właściwą odpowiedź*  | Tak  | Nie  |
| W przypadku działalności gospodarczej, proszę podać dane firmy |  |
| 1. **Wymaganie formalne**
 |
| **2.1. Wykształcenie co najmniej wyższe magisterskie** |
| *Opis spełnienia wymagania: nazwa uczelni, kierunek studiów, rok uzyskania dyplomu*  |
| **2.2. Przygotowanie w zakresie wspomagania szkół, rozumianego zgodnie z zapisami prawa[[1]](#footnote-1) –** potwierdzone udziałem w szkoleniu przygotowującym do prowadzenia wspomagania szkół (min. 120 godzin dydaktycznych) lub pełnieniem roli trenera na w/w szkoleniu (min. 60 godzin dydaktycznych). |
| *Opis: rola (uczestnik/trener), nazwa szkolenia, zakres tematyczny, liczba godzin, termin szkolenia, organizator szkolenia* |
| **2.3. Przygotowanie trenerskie** – potwierdzone certyfikatem trenera/edukatora lub zaświadczeniem o ukończeniu studiów podyplomowych/kursów/szkoleń (min. 120 godzin dydaktycznych). |
| *Opis: nazwa studiów podyplomowych/kursów/szkoleń, data ukończenia, instytucja wystawiającą zaświadczenie, liczba godzin* |
| **2.4. Doświadczenie trenerskie** – potwierdzone przeprowadzeniem szkoleń dla pracowników systemu oświaty (min. 120 godzin dydaktycznych). |
| *Opis: tytuły szkolenia, zakres tematyczny, uczestnicy, instytucja organizująca dane szkolenie, rok, liczba godzin.* |
| 1. **Doświadczenie zawodowe**
 |
| * 1. **Doświadczenie w zakresie wspomagania szkół, rozumianego zgodnie z zapisami prawnymi –** obejmujące min. 20 godzin pracy w pojedynczym przedszkolu/szkole, w roli osoby prowadzącej bezpośrednio wspomaganie szkół/przedszkoli (SORE, animator lub inaczej nazwana osoba prowadząca proces wspomagania).
 |
| *Opis: dane szkoły/przedszkola, w której przeprowadzono wspomaganie; obszar wspomagania, liczba godzin, termin realizacji wspomagania (od-do)* |
| Doświadczenie w koordynowaniu sieci współpracy i samokształcenia dla pracowników systemu oświaty – koordynowanie pracy pojedynczej sieci obejmującej min. 3 miesięcy. |
| *Opis: dane placówki, będącej organizatorem sieci; tytuł/tematyka sieci; uczestnicy sieci; czas trwania sieci; liczba godzin (stacjonarnych i on-line)* |
|  Doświadczenie w prowadzeniu szkoleń dla pracowników systemu oświaty – potwierdzone liczbą godzin przeprowadzonych zajęć (w tym punkcie nie można podać tych samych szkoleń co w punktach 2.2 i 2.4 formularza). |
| *Opis: tytuły i zakres tematyczny szkolenia, instytucja organizująca dane szkolenie, liczba godzin, termin realizacji.* |

|  |
| --- |
| **Prosimy o podanie ceny za wykonanie opisanego zadania:** |
|  | CENA BRUTTO ZA JEDNĄ GODZINĘ | CENA BRUTTO ZA 20 GODZIN STACJON. /30 GODZIN ONLINE |
| PRZYGOTOWANIE I PRZEPROWADZENIE ZAJĘĆ STACJONARNYCH  |  |  |
| PRZYGOTOWANIE I PRZEPROWADZENIE ZAJĘĆ ON-LINE  |  |  |
| **CENA BRUTTO RAZEM**  |  |
| 1. **OŚWIADCZENIA**
 |

|  |
| --- |
| 4.1 Prowadzę działalność gospodarczą, której zakres działania pokrywa się z przedmiotem zamówienia: *proszę wstawić znak „X’, jeśli TAK* 4.2 Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn zm.), na potrzeby realizacji projektu Ośrodka Rozwoju Edukacji pn. *Zwiększenie skuteczności działań pracowników systemu wspomagania i trenerów w zakresie kształcenia u uczniów kompetencji kluczowych.* *proszę wstawić znak „X”* 4.3 Oświadczam, że nie jestem powiązana/y są z beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta, w tym poprzez pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli. *proszę wstawić znak „X”* 4.4 Oświadczam, że moje łączne zaangażowanie zawodowe w realizację działań, finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz innych źródeł, nie przekracza miesięcznie 276 godzin.[[2]](#footnote-2) *proszę wstawić znak „X”*  |
| **Data i podpis kandydata**  |  |

1. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 29 września 2016 r. w sprawie placówek doskonalenia nauczycieli (Dz. U. z 2016 r. poz. 1591.).
Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz.U. 2013 poz. 199)
Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych bibliotek pedagogicznych (Dz.U. 2013 poz. 369) [↑](#footnote-ref-1)
2. Stosowane oświadczenie dotyczące łącznego zaangażowania zawodowego zostanie podpisane na etapie umowy z Zamawiającym. [↑](#footnote-ref-2)