

**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY (część III)**

**dla pracowników placówek wspierania pracy szkoły**

(poradni psychologiczno-pedagogicznych, bibliotek pedagogicznych, placówek doskonalenia nauczycieli

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Informacje o kandydacie** | |
| Nazwisko |  |
| Imię |  |
| Adres do korespondencji |  |
| Województwo |  |
| Adres e-mail/tel. kontaktowy |  |
| Miejsce pracy |  |
| Zajmowane stanowisko |  |
| 1. **Wymaganie formalne** | |
| **2.1. Wykształcenie co najmniej wyższe magisterskie**  *Opis spełnienia wymagania: nazwa uczelni, kierunek studiów, rok uzyskania dyplomu, uzyskany tytuł* | |
| **2.2. Znajomość metodologii prowadzenia badań edukacyjnych oraz doświadczenie  w tworzeniu narzędzi badawczych i analizie zebranych danych – co najmniej 2 udokumentowane potwierdzenia prowadzonych badań w formie raportu, rekomendacji itp. w ciągu ostatnich 5 lat***Tytuł projektu/publikacji, wydawca, rok wydania, adresaci, hiperłącze, jeśli publikacja dostępna jest online* | |
| **2.3.** **Minimum 3 lata doświadczenia w zakresie realizacji zadań placówek doskonalenia nauczycieli (poradni psychologiczno-pedagogicznych, bibliotek pedagogicznych, placówek doskonalenia nauczycieli) w ciągu ostatnich 5 lat***Nazwa placówki, zajmowane stanowisko; realizowane zadania* | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Prosimy o podanie ceny za wykonanie opisanego zadania:** | | |
| Cena jednej strony opracowania wskazanego w OPZ | Cena netto  za 1 stronę | Cena brutto  za 1 stronę |
|  |  |

**Oświadczenia**

Oświadczam, iż zapoznałem/łam się z *Modelem szkoły ćwiczeń*, *Zasadami współpracy* oraz *Kryteriami wyboru szkoły ćwiczeń* zamieszczonymi na stronie <https://www.ore.edu.pl/2017/10/materialy-do-pobrania/>

*Proszę wstawić znak „X’, jeśli TAK*

Prowadzę działalność gospodarczą, której zakres działania pokrywa się z przedmiotem zamówienia.

*Proszę wstawić znak „X’, jeśli TAK*

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 „Wspieranie tworzenia szkół ćwiczeń”*.*

*Proszę wstawić znak „X”*

Oświadczam, że nie jestem powiązana/-y 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”*

…………………………………………

Data i podpis kandydata