

**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY (część I)**

**dla pracownika jednostki samorządu terytorialnego zajmującego się problemami oświaty i/lub pracownika placówki nadzoru pedagogicznego**

|  |
| --- |
| 1. **Informacje o kandydacie**
 |
| Nazwisko |  |
| Imię |  |
| Adres do korespondencji  |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| 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 publikacji, wydawca, rok wydania, adresaci, hiperłącze, jeśli publikacja dostępna jest online* |
| **2.3.** **Minimum 3 lata doświadczenia w zakresie sprawowania nadzoru pedagogicznego lub/i organizacji pracy szkół z poziomu organu prowadzącego w ciągu ostatnich 5 lat***Nazwa placówki, zajmowane stanowisko;* |

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