**Formularz zgłoszeniowy – prowadzenie zajęć w czasie spotkania informacyjnego
 pt. „Wspomaganie pracy szkoły we współpracy z biblioteką szkolną”**

|  |
| --- |
| 1. Informacje o kandydacie
 |
| 1.1 Nazwisko |  |
| 1.2 Imię |  |
| 1.3 Adres do korespondencji  |  |
| 1.4 Adres e-mail/tel. kontaktowy |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Wymagania
 | Zaznaczyć X |
| 2.1 Wykształcenie  |  |
| *Wykształcenie: uzyskany tytuł, nazwa uczelni, wydział, specjalność, rok ukończenia*  |
| 2.2 Ukończone studia podyplomowe lub kursy z zakresu edukacji dorosłych, kształcenia ustawicznego – co najmniej 120 h. |  |
| *Opis spełnienia wymagań (rodzaj studiów/kursów/szkoleń, nazwa organizatora, rok ukończenia, ilość godzin)* |
| 2.3 Doświadczenie w prowadzeniu szkoleń dla pracowników systemu oświaty (minimum 80 godzin), w tym pracowników bibliotek pedagogicznych: |  |
| *Opis spełnienia wymagań (nazwa zajęć, organizator zajęć, adresaci zajęć, data realizacji zadania, ilość godzin)* |
| 2.4 Doświadczenie w prowadzeniu zajęć warsztatowych/ konsultacji grupowych z dorosłymi w obszarach (minimum 20 godzin łącznie):* 1. wspomaganie pracy szkół i doskonalenie nauczycieli
	2. zarządzanie zmianą w organizacji (określanie celów, planowanie działań, wdrażanie zmiany, monitorowanie i podsumowywanie efektów)
	3. rozwój zawodowy pracowników instytucji oświatowych
 |  |
| *Opis spełnienia wymagań (nazwa zajęć/konsultacji, organizator zajęć, adresaci zajęć, data realizacji zadania, ilość godzin,)* |
| 1. CENA CAŁKOWITA BRUTTO ZA PRZEPROWADZENIE 9 GODZIN DYDAKTYCZNYCH ZAJĘĆ :
 |  |

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 2002 roku nr 109, poz. 926), na potrzeby realizacji projektu systemowego Ośrodka Rozwoju Edukacji pn. System doskonalenia nauczycieli oparty na ogólnodostępnym kompleksowym wspomaganiu szkół.

 *proszę wstawić znak „X”*

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”*