



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 2

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY- NAUCZYCIEL

Nazwa projektu: „Realizacja programu rozwojowego w Szkole Podstawowej im. A. Samulowskiego w Gietrzwałdzie”

Numer umowy: FEWM.06.06.-IZ.00-0010/2025-00

Nazwisko	
Imię	
Miejsce zamieszkania	Województwo warmińsko-mazurskie
Nauczyciel Szkoły Podstawowej im. A. Samulowskiego w Gietrzwałdzie	tak
Nauczany przedmiot	
Specjalista (<i>logopeda, psycholog, pedagog, inne</i>)	
Nauczyciel współorganizujący proces kształcenia	
Deklaruję chęć prowadzenia zajęć dla uczniów w ramach projektu- kadra własna	TAK NIE
Nauczyciel posiada orzeczenie o niepełnosprawności <i>należy dostarczyć kopię dokumentu</i>	TAK NIE
Pytanie o specjalne potrzeby uczestnika projektu, wynikające min. z niepełnosprawności stanowiące barierę udziału w projekcie:	- tłumacz języka migowego - pętla indukcyjna - asystent osoby z niepełnosprawnością - zajęcia online - spotkanie online z kadrami projektu dot. rekrutacji - spotkanie osobiste z kadrami zarządzającą projektem- dot. rekrutacji w miejscu innym niż biuro projektu - dodatkowe zajęcia, inne niż wskazane w projekcie - inne..... - inne



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



DEKLARACJA WYBORU SZKOLEŃ:

SZKOLENIE OBOWIĄZKOWE DLA KAŻDEGO NAUCZYCIELA

EDUKACJA NA RZECZ RÓWNOŚCI DLA N-CIELI usługa zewnętrzna – minimum 10 osób/2 grupy,
2 spotkania po 2 h/2 gr, łącznie 4 h, szkolenia w szkole

ZAJĘCIA DO WYBORU- ZAZNACZYĆ MINIMUM 1 ZAJĘCIA, ZNAKIEM X:

Trening Umiejętności Społecznych II stopień- 1 os. studia podyplomowe, podniesienie kwalifikacji, formuła online.	
Kurs metody Johansena IAS - 2 osoby, formuła online, ok. 24 h	
Edukacja w naturze- kurs dla 1 osoby (formuła online i stacjonarne, delegacja, koszty dojazdu i noclegu)	
NAUCZANIE UCZNIÓW ZE SPE-10 osób, 16 h/1 gr, Metody oceniania uczniów ze SPE, organizacja efektywnego procesu uczenia się, co zamiast stopni? Poziomy i narzędzia informacji zwrotnej.	

Niniejszym oświadczam, że:

1. Składając formularz zgłoszeniowy z załącznikami wyrażam wolę uczestnictwa w ww. projekcie i jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu.
2. Zostałem/zostałam poinformowany/a, iż Projekt realizowany jest w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur na lata 2021-2027 Priorytet 6- Edukacja i kompetencje EFS+ Działanie 6.6 – Edukacja w ZIT Ełk i Olsztyn. Udział w projekcie jest bezpłatny.
3. Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za podanie nieprawdziwych bądź niepełnych danych oświadczam, że informacje podane w formularzu zgłoszeniowym i deklaracji uczestnictwa do ww. projektu są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym.
4. Zostałem/am poinformowany/a o celu zbierania danych osobowych, prawie wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, obowiązku podania danych i o jego podstawie prawnej.
5. Zapoznałem/am się z regulaminem uczestnictwa w projekcie dostępnym na stronie internetowej Zespołu Szkolno-Przedszkolnego w Gietrzwałdzie i w biurze projektu.

.....
/miejscowość i data/

.....
/czytelny podpis- imię i nazwisko/



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



INFORMACJA O ZATRUDNIENIU NAUCZYCIELA

(wypełnia szkoła)

Nazwisko	
Imię	

Potwierdzam, iż ww. nauczyciel/ka jest zatrudniony/a w Szkole Podstawowej im. A. Samulowskiego w Gietrzwałdzie
w Zespole Szkolno- Przedszkolnym w Gietrzwałdzie.

.....
/data/

.....
/podpis dyrektora szkoły/



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 3

DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Deklaruję udział w projekcie pn. „**Realizacja programu rozwojowego w Szkole Podstawowej im. A. Samulowskiego w Gietrzwałdzie**”, numer umowy: **FEWM.06.06.-IZ.00-0010/2025-00**, którego Beneficjentem jest GMINA GIETRZWAŁD.

Projekt realizowany jest w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur na lata 2021-2027 Priorytet 6- Edukacja i kompetencje EFS+ Działanie 6.6 – Edukacja w ZIT Ełk i Olsztyn.

Poniższe dane są niezbędne w celu uzupełniania SYSTEMU MONITOROWANIA EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO. Odmowa podania poniższych danych jest równoznaczna z dyskwalifikacją z udziału

w projekcie.

DANE UCZESTNIKA:	
IMIĘ	
NAZWISKO	
OBYWATELSTWO	- obywatelstwo polskie - brak polskiego obywatelstwa- obywatel kraju UE - brak polskiego obywatelstwa lub UE- obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec
RODZAJ UCZESTNIKA	- indywidualny
PESEL lub inny identyfikator	
WYKSZTAŁCENIE	Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2) Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) Wyższe ISCED 5-8
DANE TELEADRESOWE:	
KRAJ	Polska INNE
WOJEWÓDZTWO	WARMIŃSKO-MAZURSKIE INNE
POWIAT	
GMINA	
MIEJSCOWOŚĆ	
KOD POCZTOWY	
PODAJ CO NAJMNIEJ JEDNO Z PONIŻSZYCH:	
NUMER TELEFONU	
ADRES EMAIL	

**STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:**Status osoby na rynku pracy w chwili
przystąpienia do projektu*Wybrać właściwe***Osoba pracująca, w tym:**

- osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)
- osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)
- osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)
- Inne

Zakres wsparcia

*Wybrać właściwe***Edukacja ogólna lub kształcenie zawodowe:**

- krajowe szkolenie/ kurs
 - studia/ kształcenie podyplomowe
- Wsparcie w zakresie edukacji włączającej**
- krajowe szkolenie/ kurs
 - studia/ kształcenie podyplomowe

Oświadczam, że jestem/nie jestem/ odmowa podania informacji:

Osobą należącą do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie	☐ TAK	☐ NIE	☐ ODMOWA
Osobą pochodzącą z krajów trzecich	☐ TAK	☐ NIE	☐ ODMOWA
Osobą obcego pochodzenia	☐ TAK	☐ NIE	☐ ODMOWA
Osobą z niepełnosprawnościami ^{1 2}	☐ TAK	☐ NIE	☐ ODMOWA
Osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań, objętym wsparciem w programie	☐ TAK	☐ NIE	☐ ODMOWA

Powyższe wskaźniki będą monitorowane na etapie realizacji projektu na podstawie zaświadczenia lub innych dokumentów wystawionych przez właściwy podmiot np. Karta stałego pobytu, zaświadczenie MOPSU/GOPSU w momencie rozpoczęcia pierwszej formy wsparcia.

.....
/miejscowość i data/

.....
/czytelny podpis- imię i nazwisko/

¹ zaświadczenie o niepełnosprawności (jeśli dotyczy) potwierdzone za zgodność z oryginałem:

- w przypadku osób z niepełnosprawnościami w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych będzie to:
- orzeczenie o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności określonych w art. 3 wspomnianej ustawy lub
- orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów, lub
- orzeczenie o niepełnosprawności, wydane przed ukończeniem 16 roku życia lub w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego:
- orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument wydany przez lekarza poświadczający stan zdrowia, taki jak orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia o stanie zdrowia.

² osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego tj. osoby z odpowiednimi orzeczeniami lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 2

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY- NAUCZYCIEL

Nazwa projektu: „Realizacja programu rozwojowego w Szkole Podstawowej im. A. Samulowskiego w Gietrzwałdzie”

Numer umowy: FEWM.06.06.-IZ.00-0010/2025-00

Nazwisko	
Imię	
Miejsce zamieszkania	Województwo warmińsko-mazurskie
Nauczyciel Szkoły Podstawowej im. A. Samulowskiego w Gietrzwałdzie	tak
Nauczany przedmiot	
Specjalista (<i>logopeda, psycholog, pedagog, inne</i>)	
Nauczyciel współorganizujący proces kształcenia	
Deklaruję chęć prowadzenia zajęć dla uczniów w ramach projektu- kadra własna	TAK NIE
Nauczyciel posiada orzeczenie o niepełnosprawności <i>należy dostarczyć kopię dokumentu</i>	TAK NIE
Pytanie o specjalne potrzeby uczestnika projektu, wynikające min. z niepełnosprawności stanowiące barierę udziału w projekcie:	- tłumacz języka migowego - pętla indukcyjna - asystent osoby z niepełnosprawnością - zajęcia online - spotkanie online z kadrami projektu dot. rekrutacji - spotkanie osobiste z kadrami zarządzającą projektem- dot. rekrutacji w miejscu innym niż biuro projektu - dodatkowe zajęcia, inne niż wskazane w projekcie - inne..... - inne



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



DEKLARACJA WYBORU SZKOLEŃ:

SZKOLENIE OBOWIĄZKOWE DLA KAŻDEGO NAUCZYCIELA

EDUKACJA NA RZECZ RÓWNOŚCI DLA N-CIELI usługa zewnętrzna – minimum 10 osób/2 grupy,
2 spotkania po 2 h/2 gr, łącznie 4 h, szkolenia w szkole

ZAJĘCIA DO WYBORU- ZAZNACZYĆ MINIMUM 1 ZAJĘCIA, ZNAKIEM X:

Trening Umiejętności Społecznych II stopień- 1 os. studia podyplomowe, podniesienie kwalifikacji, formuła online.	
Kurs metody Johansena IAS - 2 osoby, formuła online, ok. 24 h	
Edukacja w naturze- kurs dla 1 osoby (formuła online i stacjonarne, delegacja, koszty dojazdu i noclegu)	
NAUCZANIE UCZNIÓW ZE SPE-10 osób, 16 h/1 gr, Metody oceniania uczniów ze SPE, organizacja efektywnego procesu uczenia się, co zamiast stopni? Poziomy i narzędzia informacji zwrotnej.	

Niniejszym oświadczam, że:

1. Składając formularz zgłoszeniowy z załącznikami wyrażam wolę uczestnictwa w ww. projekcie i jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu.
2. Zostałem/zostałam poinformowany/a, iż Projekt realizowany jest w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur na lata 2021-2027 Priorytet 6- Edukacja i kompetencje EFS+ Działanie 6.6 – Edukacja w ZIT Ełk i Olsztyn. Udział w projekcie jest bezpłatny.
3. Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za podanie nieprawdziwych bądź niepełnych danych oświadczam, że informacje podane w formularzu zgłoszeniowym i deklaracji uczestnictwa do ww. projektu są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym.
4. Zostałem/am poinformowany/a o celu zbierania danych osobowych, prawie wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, obowiązku podania danych i o jego podstawie prawnej.
5. Zapoznałem/am się z regulaminem uczestnictwa w projekcie dostępnym na stronie internetowej Zespołu Szkolno-Przedszkolnego w Gietrzwałdzie i w biurze projektu.

.....
/miejscowość i data/

.....
/czytelny podpis- imię i nazwisko/



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



INFORMACJA O ZATRUDNIENIU NAUCZYCIELA

(wypełnia szkoła)

Nazwisko	
Imię	

Potwierdzam, iż ww. nauczyciel/ka jest zatrudniony/a w Szkole Podstawowej im. A. Samulowskiego w Gietrzwałdzie
w Zespole Szkolno- Przedszkolnym w Gietrzwałdzie.

.....
/data/

.....
/podpis dyrektora szkoły/



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 3

DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Deklaruję udział w projekcie pn. „**Realizacja programu rozwojowego w Szkole Podstawowej im. A. Samulowskiego w Gietrzwałdzie**”, numer umowy: **FEWM.06.06.-IZ.00-0010/2025-00**, którego Beneficjentem jest GMINA GIETRZWAŁD.

Projekt realizowany jest w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur na lata 2021-2027 Priorytet 6- Edukacja i kompetencje EFS+ Działanie 6.6 – Edukacja w ZIT Ełk i Olsztyn.

Poniższe dane są niezbędne w celu uzupełniania SYSTEMU MONITOROWANIA EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO. Odmowa podania poniższych danych jest równoznaczna z dyskwalifikacją z udziału

w projekcie.

DANE UCZESTNIKA:	
IMIĘ	
NAZWISKO	
OBYWATELSTWO	- obywatelstwo polskie - brak polskiego obywatelstwa- obywatel kraju UE - brak polskiego obywatelstwa lub UE- obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec
RODZAJ UCZESTNIKA	- indywidualny
PESEL lub inny identyfikator	
WYKSZTAŁCENIE	Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2) Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) Wyższe ISCED 5-8
DANE TELEADRESOWE:	
KRAJ	Polska INNE
WOJEWÓDZTWO	WARMIŃSKO-MAZURSKIE INNE
POWIAT	
GMINA	
MIEJSCOWOŚĆ	
KOD POCZTOWY	
PODAJ CO NAJMNIEJ JEDNO Z PONIŻSZYCH:	
NUMER TELEFONU	
ADRES EMAIL	

**STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:**Status osoby na rynku pracy w chwili
przystąpienia do projektu*Wybrać właściwe***Osoba pracująca, w tym:**

- osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)
- osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)
- osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)
- Inne

Zakres wsparcia

*Wybrać właściwe***Edukacja ogólna lub kształcenie zawodowe:**

- krajowe szkolenie/ kurs
 - studia/ kształcenie podyplomowe
- Wsparcie w zakresie edukacji włączającej**
- krajowe szkolenie/ kurs
 - studia/ kształcenie podyplomowe

Oświadczam, że jestem/nie jestem/ odmowa podania informacji:

Osobą należącą do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie	☐ TAK	☐ NIE	☐ ODMOWA
Osobą pochodzącą z krajów trzecich	☐ TAK	☐ NIE	☐ ODMOWA
Osobą obcego pochodzenia	☐ TAK	☐ NIE	☐ ODMOWA
Osobą z niepełnosprawnościami ^{1 2}	☐ TAK	☐ NIE	☐ ODMOWA
Osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań, objętym wsparciem w programie	☐ TAK	☐ NIE	☐ ODMOWA

Powyższe wskaźniki będą monitorowane na etapie realizacji projektu na podstawie zaświadczenia lub innych dokumentów wystawionych przez właściwy podmiot np. Karta stałego pobytu, zaświadczenie MOPSU/GOPSU w momencie rozpoczęcia pierwszej formy wsparcia.

.....
/miejscowość i data/

.....
/czytelny podpis- imię i nazwisko/

¹ zaświadczenie o niepełnosprawności (jeśli dotyczy) potwierdzone za zgodność z oryginałem:

- w przypadku osób z niepełnosprawnościami w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych będzie to:
- orzeczenie o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności określonych w art. 3 wspomnianej ustawy lub
- orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów, lub
- orzeczenie o niepełnosprawności, wydane przed ukończeniem 16 roku życia lub w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego:
- orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument wydany przez lekarza poświadczający stan zdrowia, taki jak orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia o stanie zdrowia.

² osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego tj. osoby z odpowiednimi orzeczeniami lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.