|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu deklaracja: |  |
| *WYPEŁNIA WSIiZ* |

**KADRA DYDAKTYCZNA**

**DEKLARACJA
o przystąpieniu do szkoleniaw ramach projektu POWR.03.04.00-00-P023/21
pt. *Doskonałość dydaktyczna uczelni*[nr umowy MEiN/2022/DIR/2815]**

|  |
| --- |
| **DANE UCZESTNIKA PROJEKTU** |
| Imię (imiona) i nazwisko |  |
| Imię ojca |  | Nazwisko rodowe |  |
| Data urodzenia |  | Miejsce urodzenia |  |
| Obywatelstwo |  | Płeć\* |  Kobieta  Mężczyzna\*zaznacz właściwe |
| PESEL |  |
| Stanowisko | * Profesor
* Profesor uczelni
* Adiunkt
* Asystent
* Instruktor
 |
| **ADRES ZAMIESZKANIA**  |
| Ulica |  |
| Numer domu |  | Numer lokalu |  |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| Gmina |  | Powiat |  |
| Województwo |  |
| Obszar | MIEJSKI 🞎 🞎 WIEJSKI |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI[[1]](#footnote-1)** |
| Ulica |  |
| Numer domu |  | Numer lokalu |  |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| Gmina |  | Powiat |  |
| Województwo |  |
| Telefon stacjonarny |  | Telefon komórkowy |  |
| Adres e-mail |  |
| Nazwa i adres miejsca zatrudnienia (pełna nazwa) | Wyższa Szkoła Inżynierii i ZdrowiaUl. Bitwy Warszawskiej 1920 r. nr 1802-366 Warszawa |
|  | poniżej 12 miesięcy | *Wstaw x przy prawidłowej odpowiedzi* |
| powyżej 12 miesięcy do 3 lat |  |
| powyżej 3 do 5 lat |  |
| powyżej 5 lat |  |
| Wykształcenie | poziom | *Wstaw x przy prawidłowej odpowiedzi* |
| tytuł zawodowy magistra |  |
| stopień naukowy doktora |  |
| stopień naukowy doktora habilitowanego |  |
| tytuł naukowy profesora |  |
| **SZKOLENIA** | *Tytuł*  | *Wstaw X przy wybranym kursie* |
| 1. *szkolenie dla nowych użytkowników platformy Moodle*
 |  |
| *Proszę o podanie potrzeby w zakresie tego szkolenia wpływającej na jakość prowadzonej przez Pan/Panią dydaktyki* |
|  |
| 1. *budowanie interaktywnych prezentacji multimedialnych*
 |  |
| *Proszę o podanie potrzeby w zakresie tego szkolenia wpływającej na jakość prowadzonej przez Pan/Panią dydaktyki* |
|  |
| 1. *action learning – wykorzystanie gier i symulacji edukacyjnych*
 |  |
| *Proszę o podanie potrzeby w zakresie tego szkolenia wpływającej na jakość prowadzonej przez Pan/Panią dydaktyki* |
|  |
| 1. *narzędzia tutoringowe i coachingowe w warsztacie pracy dydaktycznej*
 |  |
| *Proszę o podanie potrzeby w zakresie tego szkolenia wpływającej na jakość prowadzonej przez Pan/Panią dydaktyki* |
|  |  |
| 1. *pomiar dydaktyczny – konstruowanie narzędzi weryfikacji efektów uczenia się w zakresie wiedzy*
 |  |
| *Proszę o podanie potrzeby w zakresie tego szkolenia wpływającej na jakość prowadzonej przez Pan/Panią dydaktyki* |
|  |
| 1. *pomiar dydaktyczny – konstruowanie narzędzi weryfikacji efektów uczenia się w zakresie umiejętności praktycznych i kompetencji społecznych*
 |  |
| *Proszę o podanie potrzeby w zakresie tego szkolenia wpływającej na jakość prowadzonej przez Pan/Panią dydaktyki* |
|  |
| **OŚWIADCZENIA** |
| Ja, niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, iż:* **wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo w Projekcie *Doskonałość dydaktyczna uczelni [POWR.03.04.00-00-P023/21].***
* **zostałem/am poinformowany/a, iż Projekt *Doskonałość dydaktyczna uczelni [POWR.03.04.00-00-P023/21].***

**jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.*** **zostałem/am zapoznany/a z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie *Doskonałość dydaktyczna uczelni* i akceptuję jego warunki.**
* **spełniam kryteria kwalifikowalności, uprawniające mnie do udziału w w/w Projekcie – zgodnie z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie *Doskonałość dydaktyczna uczelni.***
* **zostałem pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń zgodnie z §233 Kodeksu Karnego i oświadczam, że dane podane w dokumentach (w tym wniosku o dopuszczenie do Projektu) są zgodne z prawdą**
* ***Oświadczam, że wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych zawartych w deklaracji zgłoszeniowym dla potrzeb niezbędnych do prawidłowego przebiegu kwalifikacji do uczestnictwa w przedmiotowym Projekcie, do czasu jej zakończenia. Potwierdzam, że zostałem/am poinformowany/a, iż moje dane osobowe będą przetwarzane na podstawie* art. 6 ust. 1 lit. a) RODO*.***
 |
|  ………………………………….. ………………………………………… Miejscowość i data Podpis osoby składającej deklarację |

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA BENEFICJENT** |
| Deklaracja złożona przez……………………w dniu……..spełnia/nie spełnia\*[[2]](#footnote-2) warunków formalnych postępowania, o których mowa w **§ 4 ust. 1 oraz § 6 i § 7 ust.4.** i została/nie została\* zakwalifikowana do oceny merytorycznejPan/ Pani ……….………………………….. jest zatrudniona w Wyższej Szkole Inżynierii i Zdrowia w Warszawie od …………………………………….. r.……………………………..Data i Podpis osoby upoważnionej do weryfikacji danych1) liczba przyznanych punktów zgodnie z §8 ust. 3 pkt 1)……………….2) liczba przyznanych punktów zgodnie z §8 ust. 3 pkt 2a) oddzielnie dla każdego szkolenia [o ile zostało wskazane więcej niż jedno]* Pan/ Pani ……………………………………..w procesie kwalifikacji uzyskała łącznie …….. pkt, zajmując …….. miejsce na liście rankingowej dla szkolenia…….
 |
|  ………………………………………… Data i Podpis Komisji Kwalifikacyjnej |
| \*niewłaściwe skreślić |

1. Jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy wskazać jakich kryteriów dostępu nie spełnia deklaracja [↑](#footnote-ref-2)