

**Załącznik nr 7b do Regulaminu**

**KARTA ZGŁOSZENIA DO FORMY WSPARCIA DLA KADRY KIEROWNICZEJ I ADMINISTRACYJNEJ**

**1. Dane podstawowe**

<b>Imię i nazwisko Uczestnika/czki:</b>	
<b>Nr pracowniczy</b>	

**2. Nazwa formy wsparcia**

Wypełnia Uczestnik/czka Projektu na podstawie ogłoszenia o naborze

<b>FORMA WSPARCIA</b>	<b>PLANOWANY TERMIN</b>
Szkolenie Akredytowane szkolenia ECDL BASE- B3 - Przetwarzanie tekstów-gr.2	08, 10, 11.06.2021

**3. Kryteria oceny kandydata/tki**

<b>NAZWA KRYTERIUM</b>	<b>INFORMACJE</b>	<b>Liczba punktów<sup>1</sup></b>
Udział w szkoleniu organizowanym przez Uniwersytet Śląski w ostatnich 12 miesiącach przed dniem złożenia niniejszej aplikacji (tak – 0 pkt; nie – 1 pkt)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Ocena własnych kompetencji z zakresu tematycznego objętego daną formą wsparcia (niska – 3 pkt, średnia – 2 pkt, wysoka – 1 pkt).	<input type="checkbox"/> Wysoka <input type="checkbox"/> Średnia <input type="checkbox"/> Niska	
Oświadczenie o niepełnosprawności na podstawie orzeczenia (tak – 1 pkt; nie – 0 pkt; odmowa – 0 pkt.).	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji	

**4. Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności (proszę w odpowiednim miejscu wpisać jakie)**

<b>Rodzaj potrzeby</b>	<b>Informacje dot. wymaganego wsparcia</b>
Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowej	
Alternatywne formy materiałów	

<sup>1</sup> Wypełnia Komisja Rekrutacyjna



Projekt: „Zintegrowany Program Rozwoju Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach”

Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie	
Zapewnienie tłumacza języka migowego	
Specjalne wyżywienie (dotyczy rodzajów wsparcia w ramach których Uniwersytet Śląski zapewnia wyżywienie/poczęstunek)	
Inne	

### **Oświadczenie pracownika**

**W terminie 2 tygodni po zakończeniu udziału w kursie, szkoleniu, warsztatach lub stażu przekażę beneficjentowi dokumenty potwierdzające udział w kursie, szkoleniu warsztatach lub stażu, w tym potwierdzające uzyskanie kwalifikacji lub nabycie kompetencji (certyfikaty, zaświadczenia, sprawozdanie ze stażu).**

.....  
*MIEJSCOWOŚĆ I DATA*

.....  
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\**

### **Wypełnia bezpośredni przełożony**

Tematyka formy wsparcia zbieżna z zakresem obowiązków na zajmowanym stanowisku pracy

- Tak** (1 pkt)  
 **Nie** (0 pkt)

.....  
*pieczęć i podpis*

### **Wypełnia Dział Spraw Osobowych i Socjalnych**

Pracownik znajduje się w okresie wypowiedzenia umowy o pracę	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
--	------------------------------	------------------------------

.....  
*Data, pieczęć i podpis pracownika Działu Spraw Osobowych i Socjalnych*