



KARTA ZGŁOSZENIA DO FORMY WSPARCIA DLA KADRY KIEROWNICZEJ I ADMINISTRACYJNEJ

1. Dane podstawowe

Imię i nazwisko Uczestnika/czki:	
Nr pracowniczy	

2. Nazwa formy wsparcia

Wypełnia Uczestnik/czka Projektu na podstawie ogłoszenia o naborze

FORMA WSPARCIA	PLANOWANY TERMIN
Akredytowanie szkolenie M_o_R Foundation” (zarządzanie ryzykiem)	28-30.08.2023

3. Kryteria oceny kandydata/tki

NAZWA KRYTERIUM	INFORMACJE	Liczba punktów¹
Udział w szkoleniu organizowanym przez Uniwersytet Śląski w ramach projektów Zintegrowanych 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)

Rodzaj potrzeby	Informacje dot. wymaganego wsparcia
Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowej	
Alternatywne formy materiałów	

¹ Wypełnia Komisja Rekrutacyjna



Projekt pt. „Jeden Uniwersytet – Wiele Możliwości. Program Zintegrowany”

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 wizycie studyjnej przekażę beneficjentowi dokumenty potwierdzające udział w kursie, szkoleniu warsztatach lub wizycie studyjnej, w tym potwierdzające uzyskanie kwalifikacji lub nabycie kompetencji (certyfikaty, zaświadczenia, sprawozdanie z wizyty studyjnej).

.....
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
--	------------------------------	------------------------------

.....
Pieczęć i podpis pracownika Działu Spraw Osobowych i Socjalnych