

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
Weryfikacja zagranicznych dokumentów o wykształceniu	

3. Kryteria oceny kandydata/tki

NAZWA KRYTERIUM	INFORMACJE	Liczba punktów ¹
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)	☐ Tak ☐ Nie	
Ocena własnych kompetencji z zakresu tematycznego objętego daną formą wsparcia (niska – 3 pkt, średnia – 2 pkt, wysoka – 1 pkt).	☐ Wysoka ☐ Średnia ☐ Niska	
Oświadczenie o niepełnosprawności na podstawie orzeczenia (tak – 1 pkt; nie – 0 pkt; odmowa – 0 pkt.).	☐ Tak ☐ Nie ☐ 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

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 przekazać 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	☐ TAK	☐ NIE
--	------------------------------	------------------------------

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