

## 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> |
| MS Excel – dodatek Power Pivot |                         |

### 3. Kryteria oceny kandydata/tki

| NAZWA KRYTERIUM                                                                                                                                                                            | INFORMACJE                                                                                                           | Liczba punktów <sup>1</sup> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 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<br><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<br><input type="checkbox"/> Średnia<br><input type="checkbox"/> Niska                |                             |
| Oświadczenie o niepełnosprawności na podstawie orzeczenia (tak – 1 pkt; nie – 0 pkt; odmowa – 0 pkt.).                                                                                     | <input type="checkbox"/> Tak<br><input type="checkbox"/> Nie<br><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                         |                                     |

<sup>1</sup> 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 | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|

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