



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita  
Polska**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



Data wpływu  
deklaracja:

WYPEŁNIA WSIiZ

**KADRA DYDAKTYCZNA**

**DEKLARACJA**

**o przystąpieniu do szkolenia w 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*	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna *zaznacz właściwe
PESEL			
Stanowisko	<input type="checkbox"/> Profesor <input type="checkbox"/> Profesor uczelni <input type="checkbox"/> Adiunkt <input type="checkbox"/> Asystent <input type="checkbox"/> Instruktor		
ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Obszar	MIEJSKI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> WIEJSKI		
ADRES DO KORESPONDENCJI <sup>1</sup>			
Ulica			

<sup>1</sup> Jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita  
Polska**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



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 Zdrowia Ul. Bitwy Warszawskiej 1920 r. nr 18 02-366 Warszawa		
	poniżej 12 miesięcy	<i>Wstaw x przy prawidłowej odpowiedzi</i>	
	powyżej 12 miesięcy do 3 lat		
	powyżej 3 do 5 lat		
	powyżej 5 lat		
Wykształcenie	poziom	<i>Wstaw x przy prawidłowej odpowiedzi</i>	
	tytuł zawodowy magistra		
	stopień naukowy doktora		
	stopień naukowy doktora habilitowanego		
	tytuł naukowy profesora		
SZKOLENIA	<i>Tytuł</i>		<i>Wstaw X przy wybranym kursie</i>
	1. szkolenie dla nowych użytkowników platformy Moodle		
	<i>Proszę o podanie potrzeby w zakresie tego szkolenia wpływającej na jakość prowadzonej przez Pana/Panią dydaktyki</i>		
	2. budowanie interaktywnych prezentacji multimedialnych		
	<i>Proszę o podanie potrzeby w zakresie tego szkolenia wpływającej na jakość prowadzonej przez Pana/Panią dydaktyki</i>		
	3. action learning – wykorzystanie gier i symulacji edukacyjnych		
<i>Proszę o podanie potrzeby w zakresie tego szkolenia wpływającej na jakość prowadzonej przez Pana/Panią dydaktyki</i>			



	4. narzędzia tutoringowe i coachingowe w warsztacie pracy dydaktycznej	
	<i>Proszę o podanie potrzeby w zakresie tego szkolenia wpływającej na jakość prowadzonej przez Pana/Panią dydaktyki</i>	
	5. pomiar dydaktyczny – konstruowanie narzędzi weryfikacji efektów uczenia się w zakresie wiedzy	
	<i>Proszę o podanie potrzeby w zakresie tego szkolenia wpływającej na jakość prowadzonej przez Pana/Panią dydaktyki</i>	
	6. pomiar dydaktyczny – konstruowanie narzędzi weryfikacji efektów uczenia się w zakresie umiejętności praktycznych i kompetencji społecznych	
	<i>Proszę o podanie potrzeby w zakresie tego szkolenia wpływającej na jakość prowadzonej przez Pana/Panią dydaktyki</i>	

#### 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 pouczone 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\*<sup>2</sup> warunki/ów formalne/ych postępowania, o których mowa w § 4 ust. 1 oraz § 6 i § 7 ust.4. i została/nie została\* zakwalifikowana do oceny merytorycznej

Pan/ Pani ..... jest zatrudniona w Wyższej Szkole Inżynierii i Zdrowia w Warszawie od ..... r.

.....  
Data i Podpis osoby upoważnionej do weryfikacji danych

1) 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

<sup>2</sup> Należy wskazać jakich kryteriów dostępu nie spełnia deklaracja