



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 |
|-----------------------------|---------------------------------|
| Nowoczesne formy marketingu | 25-26 oraz 30 października 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