**Załącznik nr 7b do Regulaminu**

**KARTA ZGŁOSZENIA DO FORMY WSPARCIA DLA KADRY KIEROWNICZEJ I ADMINISTRACYJNEJ**

1. **Dane podstawowe**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko Uczestnika/czki:** |  |
| **Nr pracowniczy** |  |

1. **Nazwa formy wsparcia**

Wypełnia Uczestnik/czka Projektu na podstawie ogłoszenia o naborze

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMA WSPARCIA** | **PLANOWANY TERMIN** |
| **Bezpieczeństwa i ochrony zasobów informatycznych „EC Council CEHv12 – Certified Ethical** | 17-21.07.2023 |

1. **Kryteria oceny kandydata/tki**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NAZWA KRYTERIUM** | **INFORMACJE** | **Liczba punktów[[1]](#footnote-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 |  |

1. **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 |  |
| 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[[2]](#footnote-2)\** |

**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*

1. Wypełnia Komisja Rekrutacyjna [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)