**Załącznik nr 2** do Regulaminu rekrutacji

**DEKLARACJE UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
*„*Profesjonalni przywódcy w oświacie na terenie województwa podlaskiego*”***

W ramach udziału we wsparciu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (przy wybranym polu wpisać X) | Deklaruję udział w szkoleniach w miejscowości:   | Białystok | Łomża | Suwałki |
| Deklaruję udział w szkoleniach w dniach:  | W tygodniu od pn do pt | W weekendy | Zarówno w tygodniu jak i w weekendy  |
| Deklaruję udział w szkoleniach w godzinach:  | W godzinach dziennych | W godzinach popołudniowych |
| Deklaruję, że ze względu na moją niepełnosprawność niezbędne jest specjalne wyposażenie sali:  | Tak | Nie |
| Deklaruję, że ze względu na moją niepełnosprawność niezbędne jest specjalne przygotowanie materiałów szkoleniowych / prowadzenia zajęć  | Tak | Nie |

1. Deklaruję, że będę współpracował/a przy realizacji procesu wspomagania z kadrą (placówek doskonalenia nauczycieli, poradni psychologiczno-pedagogicznych i bibliotek pedagogicznych) przeszkoloną w ramach projektu PO KL "System doskonalenia nauczycieli oparty na ogólnodostępnym kompleksowym wspomaganiu szkół" - w dotarciu do wymaganej kadry pomagać będzie uczestnikom Partner i Wnioskodawca
2. Deklaruję minimum 75% swojej obecności na spotkaniach stacjonarnych, oraz pozostałych formach wsparcia tj. doradztwie, spotkaniach w ramach sieci współpracy.
3. Deklaruję, że reprezentowana przeze mnie instytucja **NIE ZOSTAŁA** objęta wsparciem
w zakresie wspomagania w ramach projektów pozakonkursowych ORE oraz projektów konkursowych realizowanych w **Działaniu 2.10 PO WER na lata 2014-2020**.
4. Deklaruję, że **NIE BRAŁAM/ŁEM** udział we wsparciu w ramach pozakonkursowego projektu
nr POWR.02.10.00-00-0002/16 pt. "**Przywództwo opracowanie modeli kształcenia i wspierania kadry kierowniczej systemu oświaty**".

|  |  |
| --- | --- |
| …..…………………..............................…………… | …………......................…………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU* |

|  |  |
| --- | --- |
| WYPEŁNIA REALIZATOR PROJEKTU: Data rozpoczęcia udziału w projekcie (**data udzielenia pierwszego wsparcia osobie uczestniczącej)** |  |