**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** |
|  |  |

1. **Kryteria oceny kandydata/tki** 
   1. stopień/poziom kontaktu z niepełnosprawnością:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa kryterium** | **Informacje** | **Liczba punktów** |
| * + 1. współpraca w ostatnim roku z osobą z niepełnosprawnościami – (jedna osoba – 1pkt; więcej niż jedna osoba – 2 pkt); | □ jedna osoba  □ więcej niż jedna osoba |  |
| 1.b) w tym konieczność wprowadzenia zmian organizacyjnych i administracyjnych, aby były lepiej dostępne dla osoby z niepełnosprawnościami – 3 pkt; | □ tak  □ nie |  |

* 1. Poziom zapotrzebowania na szkolenie z zakresu dostępności:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa kryterium** | **Informacje** | **Liczba punktów** |
| 2).a. w kolejnym roku chętnie będę współpracować z osobami z niepełnosprawnością - 2 pkt; | □ tak  □ nie |  |
| 2).b. w kolejnym roku chętnie zajmę się zaprojektowaniem i wdrożeniem uniwersalnych procedur organizacyjnych i administracyjnych dostępnych dla wszystkich współpracowników– 3 pkt ; | □ tak  □ nie |  |

* 1. osoba z niepełnosprawnością

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa kryterium** | **Informacje** | **Liczba punktów** |
| * 1. Jestem osobą z niepełnosprawnością – (tak - 1 pkt, nie lub odmowa podania informacji – 0 pkt.) | □ tak  □ nie lub odmowa udzielenia informacji |  |

1. **Informacja o ukończonych szkoleniach z zakresu dostępności**

**………………………………………………………………………………………………………………………….**

**………………………………………………………………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………………………………………**

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 |  |

1. **Oświadczenie pracownika**

**1. W terminie 2 tygodni po zakończeniu udziału w studiach podyplomowych zobowiązuję się dostarczyć do Centrum Obsługi Studentów dokument potwierdzający ich ukończenie (dyplom lub inny równoważny dokument), a w przypadku wizyty studyjnej sprawozdania z jej odbycia;**

**2. Celem zachowania długotrwałych i realnych efektów uzyskanych w trakcie realizacji projektu zobowiązuję się do stosowania kompetencji w pracy administracyjnej i zarządczej związanej z zapewnieniem dostępności.**

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU[[1]](#footnote-1)\** |

**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 |

*…………………………………*

*Data, pieczęć i podpis pracownika Działu Spraw Osobowych i Socjalnych*

1. [↑](#footnote-ref-1)