**Załącznik nr 6b do Regulaminu**

**KARTA ZGŁOSZENIA DO FORMY WSPARCIA DLA KADRY AKADEMICKIEJ**

1. **Informacje 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 działalności dydaktycznej** 
   1. stopień/poziom kontaktu z niepełnosprawnością:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa kryterium** | **Informacje** | **Liczba punktów** |
| 1).a. prowadzenie w ciągu ostatniego roku akademickiego zajęć z osobą z niepełnosprawnością – (jeden student – 1pkt; kilku studentów – 2 pkt); | □ jeden student  □ kilku studentów |  |
| 1).b. w tym prowadzenie w ciągu ostatniego roku zajęć zgodnie z IDS studenta, opisanym w decyzji Dziekana – 3 pkt; | □ tak  □ nie |  |

* 1. Poziom zapotrzebowania na szkolenie z zakresu dostępności:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa kryterium** | **Informacje** | **Liczba punktów** |
| 2).a. w kolejnym roku akademickim chętnie poprowadzę zajęcia z osobą z niepełnosprawnością - 2 pkt; | □ tak  □ nie |  |
| 2).b. w kolejnym roku akademickim chętnie zaopiekuję się studentem realizującym IDS – 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) – jeśli dotyczy**

|  |  |
| --- | --- |
| **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**

1. **W terminie 2 tygodni po zakończeniu udziału w studiach podyplomowych przekażę beneficjentowi dokumenty potwierdzające ich ukończenie (dyplom), a w przypadku wizyty studyjnej sprawozdania z jej odbycia.**
2. **Celem zachowania długotrwałych i realnych efektów uzyskanych w trakcie realizacji projektu zobowiązuję się do praktycznego wykorzystania nabytych kompetencji podczas prowadzonych ze studentami zajęć lub dostosowania programów kształcenia.**

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

**Akceptacja Dziekana**

*…………………………………*

*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*