# Załącznik Nr 2

# do Regulaminu

# **FORMULARZ REKRUTACYJNY**

## **do udziału w formie wsparcia:**

## **szkolenia/kurs języka migowego1**

## **w projekcie „Uniwersytet Wrocławski uczelnią bardziej dostępną”**

## **FERS.03.01-IP.08-0161/24**

**DANE ZGŁOSZENIOWE:**

1. Proszę wpisać imię i nazwisko kandydata/ki
2. Proszę wpisać stanowisko i jednostkę organizacyjną
3. Proszę wpisać adres mailowy w domenie @uwr.edu.pl
4. Proszę wpisać telefon kontaktowy
5. Proszę wybrać preferowaną formę kontaktu:

* telefon
* mail
* sms

1. Proszę wybrać typ uczestnika:

* Pracownik będący nauczycielem akademickim
* Pracownik niebędący nauczycielem akademickim
* Doktorant/ka
* Przedstawiciel/ka samorządu/organizacji studenckich/student/studentka

1. Czy pełni Pani/Pan funkcję kierowniczą (w projekcie, zakładzie, instytucie, wydziale, administracji)? Proszę wybrać jedną odpowiedź.

* TAK
* NIE

## **DANE O FORMIE WSPARCIA:**

1. Proszę wybrać rodzaj wsparcia:

* szkolenia
* kurs języka migowego
* wizyta studyjna

1. Proszę wpisać tytuł szkolenia:

……………………………………………………………………………………………………………………

..........................................................................................................................

1. Proszę wybrać preferowaną formę udziału (dotycząca szkoleń):

* Stacjonarna
* Online

## **KRYTERIA REKRUTACYJNE:**

1. Czy wykorzystuje lub chciałby/chciałaby wykorzystywać Pan/Pani wiedzę z zakresu dostępności w swojej pracy zawodowej w Uniwersytecie Wrocławskim? Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź.

* TAK (3 pkt.)
* NIE (0pkt.)

1. Czy uczestniczył/a Pan/Pani wcześniej w szkoleniach o podobnej tematyce? Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź.

* Nie uczestniczyłam/uczestniczyłem (3pkt.)
* Uczestniczyłam/uczestniczyłem w 1-2 szkoleniu (2pkt.)
* Uczestniczyłam/uczestniczyłem w 3-34 szkoleniach (1 pkt.)
* Uczestniczyłam/uczestniczyłem powyżej 4 szkoleń (0 pkt.)

1. Jestem osobą z niepełnosprawnością. Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź.

* TAK (5 pkt.)
* NIE (0 pkt.)

## **SPECJALNE POTRZEBY:**

1. Czy posiada Pan/Pani szczególne potrzeby? Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź.

* TAK
* NIE

Jeśli wybierze Pan/Pani odpowiedź TAK, proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje:

* symultaniczny przekaz tekstowy (napisy na żywo)
* tłumacz polskiego języka migowego
* pętla indukcyjna
* powiększony tekst
* wsparcie asystenta: Schemat blokowy: proces 1, Kształtosoby niewidomej Schemat blokowy: proces 1, Kształtosoby głuchoniewidomej

Schemat blokowy: proces 1, Kształtosoby z niepełnosprawnością fizyczną

Schemat blokowy: proces 1, Kształtinne: ...........................

Podpis kandydata/kandydatki:

......................................................................

Łącznik prosty ze strzałką 9, Kształt

Akceptacja bezpośredniego przełożonego:

...............................................................................................................

* 1. *Wypełniając i podpisując formularz rekrutacyjny,* ***w tym oświadczenie o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych, oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem rekrutacji uczestników w przyjętym brzmieniu*** *oraz spełniam warunki uczestnictwa w kursie lub szkoleniu.*