Załącznik nr 1 do Regulaminu

**Deklaracja udziału w projekcie**

Dane kandydata/tki:

imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ wydział: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

kierunek: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

adres e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Deklaruję udział i wyrażam chęć uczestnictwa we wsparciu oferowanym przez projekt: „Kształtowanie liderów transformacji – uczelnia rozwoju kompetencji” realizowany przez Centrum Administracyjnego Wsparcia Projektów Uniwersytetu Rolniczego im. Hugona Kołłątaja w Krakowie.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (czytelny podpis)

**Oświadczenie:**

Oświadczam, że jestem pracownikiem/studentem Uniwersytetu Rolniczego w Krakowie im. Hugona Kołłątaja w Krakowie\*:

[ ]  pracownik zatrudniony na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony – 20 pkt;

[ ]  pracownik zatrudniony na podstawie umowy o pracę na czas określony na okres od 1 roku do 5 lat – 10 pkt;

[ ]  pracownik zatrudniony na podstawie umowy o pracę na czas określony na okres do 1 roku – 5 pkt.

[ ]  student/ka Wydziału \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Płeć\*: [ ]  Kobieta(1 pkt) [ ]  Mężczyzna [ ]  Inne

Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności: [ ]  tak(1 pkt) [ ]  nie

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(miejscowość, data, podpis)

Uczelnia informuje o możliwości zgłaszania do Instytucji zarządzającej lub Instytucji pośredniczącej podejrzenia o niezgodności projektu lub działań Beneficjenta z Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych sporządzoną w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 1169, ze zm.), zwanej dalej „KPON”. Zgłoszenia dotyczące wystąpienia niezgodności projektów FERS z postanowieniami KPON mogą przekazywać osoby fizyczne (uczestnicy/czki projektów lub ich pełnomocnicy i przedstawiciele), instytucje uczestniczące we wdrażaniu funduszy UE, strona społeczna (stowarzyszenia, fundacje),
za pomocą:
1) poczty tradycyjnej – w formie listownej na adres: Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa lub adres Instytucji pośredniczącej: Narodowe Centrum Badań i Rozwoju, ul. Chmielna 69, 00-801 Warszawa;
2) skrzynki nadawczej e-puap Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej lub NCBR.

**Ankieta określająca potrzeby osoby z niepełnosprawnością lub specjalnymi potrzebami.**

Czy ma Pan/Pani specyficzne potrzeby związane z niepełnosprawnością lub specjalnymi potrzebami, które są konieczne do uwzględnienia podczas Pana/Pani rekrutacji i uczestnictwa we wsparciu:

[ ]  tak [ ]  nie\*

Jeżeli zaznaczono odpowiedź twierdzącą prosimy o zaznaczenie\*/wpisanie specjalnych potrzeb:

[ ]  przestrzeń dostosowana do specjalnych potrzeb ruchowych;

[ ]  alternatywne formy materiałów szkoleniowych, zwiększona czcionka;

[ ]  zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie, pętla indukcyjna;

[ ]  pomoc asystenta;

[ ]  inne (podać jakie) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(czytelny podpis)

\*zaznaczyć X prawidłową odpowiedź