*Pieczątka szkoły*

*…………………………………………………………………*

*miejscowość, data*

**Zał. 2 ZAŚWIADCZENIE O STATUSIE UCZESTNIKA PROJEKTU – NAUCZYCIEL**

Niniejszym zaświadcza się, że: Pan/Pani: …………………………………….…………...……………………………….. Urodzony(a) dnia \_ \_/\_ \_/\_ \_ \_ \_ r. w …………………………………………………………………………………………………………..

Imię ojca ………………………………………….……..………., imię matki …………………………………….………………………………… Zamieszkały(a) w …………………….……………………………………..……...........................................................................

**Jest NAUCZYCIELEM/NAUCZYCIELKĄ zatrudnionym/ą oraz prowadzącym/ą zajęcia w\*:**

I Liceum Ogólnokształcącym w Żninie (LO)

Szkole Podstawowej w Zespole Szkół Specjalnych w Żninie (SP ZSS)

Gimnazjum w Zespole Szkół Specjalnych w Żninie (GM ZSS)

Technikum nr 1 w Zespole Szkół Ponadgimnazjalnych w Żninie (SSP)

Technikum nr 2 w Zespole Szkół Ekonomiczno-Handlowych w Żninie (ZSEH)

**NAUCZYCIEL/NAUCZYCIELKA jest rekomendowany/a do objęcia wsparciem określonego we wniosku o dofinansowanie projektu: *„Inwestuj w swoje umiejętności kluczowe”* \*:**

**Zadanie 2: Podniesienie kompetencji 85 nauczycieli z 5 szkół powiatu żnińskiego, w tym**:

SZKOLENIE MODUŁOWE dla 60 nauczycieli LO, ZSP, ZSEH - 32h

SZKOLENIE PECS dla 18 nauczycieli ZSS I stopień́ - 13h

SZKOLENIE PECS dla 20 nauczycieli ZSS II stopień - 13h

SZKOLENIE Trener grupowy treningu zastępowania agresji ART dla 10 nauczycieli ZSS - 40h

SZKOLENIE Nauczanie 9 krytycznych umiejętności porozumiewania się̨ dla 20 nauczycieli ZSS - 6h

***\* Zaznaczyć właściwe***

……………………………………………………………

podpis i pieczęć osoby uprawnionej