Załącznik nr 3 do Regulaminu Programu Stypendialnego

dla uczniów w projekcie „Kompetencje kluczowe

 – kluczem do rozwoju uczniów w Gminie Wojnicz”

**Diagnoza indywidualnych potrzeb ucznia na rok szkolny ……………..**

Część I

**A. DANE UCZNIA**

**Imię ucznia………………………………………………………………………………………………**

**Nazwisko ucznia…………………………………………………………………………………….…..**

**Pesel………………………………………………………………………………………………………**

**B. DANE SZKOŁY, DO KTÓREJ UCZĘSZCZA UCZEŃ**

**Nazwa szkoły……………………………………………………………………………………………**

**Ulica, numer………………………………………………………………………………….…….…...**

**Kod pocztowy……………………………………………………………………….…………..………**

**Miejscowość……………………………………………………………….…………………………….**

**Numer telefonu…………………………………………….…….……………………………….……..**

**Numer faksu…………………………………………….……….……………………………………....**

**Adres e-mail………………………………………………………………………….………..………...**

**Klasa ucznia……………………………………………………………………………………………...**

**C. DANE OPIEKUNA DYDAKTYCZNEGO UCZNIA**

**Imię opiekuna……...………………………………………………………………….………………….**

**Nazwisko opiekuna………………………………...……………………………………………...……..**

**Miejsce zatrudnienia……………………………………………………………………..………………**

**D. OŚWIADCZENIA**

D1. Ja niżej podpisany/a, niniejszym wyrażam zgodę na wykonywanie zadań Opiekuna dydaktycznego. Potwierdzam, że uczestniczyłem/am w przygotowaniu przedmiotowej Diagnozy Indywidualnych potrzeb ucznia w zakresie pomocy stypendialnej oraz zapoznałem/am się z Regulaminem udzielania przez Gminę Wojnicz stypendiów uczniom, przyjętego przez Radę Miejską Uchwałą Nr XXXII/336/2017 z dnia 25 października 2017 r. i ogłoszeniem o naborze wniosków o przyznanie stypendium. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że wszelkie obowiązki wynikające
z wykonywania zadań Opiekuna dydaktycznego zrealizuję bez wynagrodzenia.

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

**(Miejscowość, data) (Podpis Opiekuna Dydaktycznego)**

D2. Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych w związku z prowadzonym naborem wniosków o przyznanie stypendium, a w przypadku otrzymania stypendium również w związku z realizacją projektu pn. „Kompetencje kluczowe – kluczem do rozwoju uczniów w Gminie Wojnicz”

Przyjmuję do wiadomości, że|:

1. administratorem tak zebranych danych osobowych jest Województwo Małopolskie,
ul. Basztowa 22, 31-156 Kraków, adres do korespondencji: ul. Racławicka 56,
30-017 Kraków,
2. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie z prowadzonym naborem wniosków
o przyznanie stypendium, a w przypadku otrzymania stypendium również w związku
z realizacją projektu pn. „Kompetencje kluczowe – kluczem do rozwoju uczniów w Gminie Wojnicz”
3. moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom uprawnionym do kontroli weryfikacji poprawności prowadzonego naboru
4. podanie danych jest dobrowolne aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna
z brakiem możliwości przyznania stypendium
5. mam prawo dostępu do treści danych do ich poprawiania

…………………………………… …………………………………………..

 **(Miejscowość, data) (Podpis Opiekuna Dydaktycznego)**

Część II

**E. PROFIL UCZNIA**

**E1. Diagnoza potrzeb ucznia w zakresie kompetencji z języka ………………………………………..**

**E.2. Obszar i poziom kompetencji z języka……………………… na dzień sporządzenia Diagnozy:**

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

**B2. Cele edukacyjne, proponowane formy i metody podniesienia poziomu kompetencji, planowane wydatki na te cele:**

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

**F. OŚWIADCZENIE OPIEKUNA DYDATKTYCZNEGO DOT. OSIĄGNIĘCIA CELU EDUKACYJNEGO:**

**Ja, niżej podpisany/a………………………………………(imię i nazwisko Opiekuna Dydaktycznego) oświadczam, że po zakończeniu wsparcia stypendialnego poziom kompetencji z języka …………………………………………. ucznia……………………………………(imię i nazwisko ucznia) wzrośnie o co najmniej 20% w stosunku do poziomu kompetencji ucznia z ww. języka w dniu sporządzenia Diagnozy.**

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

**(Miejscowość, data) (Podpis Opiekuna Dydaktycznego)**