Wykonawca

Nazwa:

Adres:

Zamawiający:

Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji

ul. Mokotowska 43

00-551 Warszawa

**WYKAZ OSÓB,**

**KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ**

**W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** | | | | | | | |
| 1. **Informacja o doświadczeniu w zakresie oceniania wniosków o fundusze w programach edukacyjnych finansowanych ze środków Unii Europejskiej - w obszarze rozwoju i edukacji osób dorosłych oraz wspierania ich uczenia się.** | | | | | | | |
| Lp. | Zamawiający (nazwa instytucji zlecającej ocenę wniosku): | | Program, którego dotyczył składany wniosek: | | Data oceny wniosku: | | Czego dotyczył oceniany projekt: |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
| 1. **Doświadczenie pracy w obszarze edukacji osób dorosłych.** | | | | | | | |
| Lp. | Rola | Nazwa instytucji/miejsce, nazwa programu | | Data/okres zdobywania doświadczenia | | Obszar odpowiedzialności/ zadań | |
|  |  |  | |  | |  | |
| 1. **Informacja o obszarach wiedzy ekspertów:** | | | | | | | |
| *Należy wstawić ,,X’’ w odpowiednich polach.* | | | | **Obszar wiedzy** | | | |
| Rozwijanie kompetencji kluczowych u dorosłych (np. nauka języków obcych, kompetencje informatyczne, kompetencje społeczne i obywatelskie, umiejętność uczenia się, świadomość i ekspresja kulturalna, przedsiębiorczość) | | | |  | | | |
| Doskonalenie kompetencji kadry pracującej w obszarze niezawodowej edukacji dorosłych | | | |  | | | |
| Zagadnienia z zakresu alfabetyzacji dorosłych | | | |  | | | |
| Sposoby motywowania osób dorosłych do dalszej nauki, zwłaszcza tych, które ją przedwcześnie przerwały | | | |  | | | |
| Zapewnienie jakości w niezawodowej edukacji dorosłych | | | |  | | | |
| Uznawanie efektów uczenia się pozaformalnego i nieformalnego | | | |  | | | |
| Strategie/polityki lokalne, regionalne, krajowe w zakresie uczenia się dorosłych | | | |  | | | |
| Uczenie się osób w starszym wieku, edukacja międzypokoleniowa, edukacja rodziców | | | |  | | | |
| Niezawodowa edukacja osób niepełnosprawnych i innych osób wymagających szczególnego wsparcia i z mniejszymi możliwościami dostępu do edukacji dostosowanej do potzreb | | | |  | | | |
| Edukacja prozdrowotna | | | |  | | | |
| 1. **Informacja o posiadanym wykształceniu – co najmniej tytuł zawodowy magistra (proszę podać nazwę uczelni, kierunek studiów, rok ukończenia, uzyskany tytuł)** | | | |  | | | |
| 1. **Informacja na temat umiejętności obsługi komputera** | | | | Posiadam praktyczne umiejętności obsługi komputera TAK /NIE | | | |
| 1. **Informacja na temat znajomości języka angielskiego** | | | | Znam język angielski na poziomie minimum C1 w zakresie rozumienia tekstu pisanego i pisania TAK/NIE | | | |
| 1. **Informacja na temat znajomości języka polskiego** | | | | Znam język polski na poziomie minimum C1 TAK/NIE | | | |
| 1. **Informacja o korzystaniu w pełni z praw publicznych** | | | | Korzystam w pełni z praw publicznych TAK/NIE | | | |
| 1. **Informacja o zdolności do czynności prawnych** | | | | Mam pełną zdolność do czynności prawnych TAK/NIE | | | |
| 1. **Informacja o karalności** | | | | Nie byłam/em karana/y nie za przestępstwo umyślne lub przestępstwo skarbowe TAK/NIE | | | |