Załącznik nr 5

KARTA OCENY KWALIFIKOWALNOŚCI KANDYDATA DO OBJĘCIA WSPARCIEM w projekcie **pt.: „Trampolina potencjału przedszkolaka", nr FEPZ.06.08-IP.01-0028/26**

Potwierdzenie kwalifikowalności : wypełnia wnioskodawca

Imię i nazwisko Uczestnika/uczestniczki :

Kryterium dostępu	
Zamieszkanie zgodnie z KC na terenie województwa zachodniopomorskiego,	☐TAK ☐NIE
Dziecko w wieku przedszkolnym	☐TAK ☐NIE
Kadra pedagogiczna placówki przedszkolnej zatrudniona na umowę o pracę	☐TAK ☐NIE
Brak udziału w innym projekcie społeczno-zawodowym EFS plus (zweryfikowane w Systemie SM na dzień przystąpienia do projektu)	☐TAK ☐NIE
Kryteria preferencji	
Osoba z niepełnosprawnościami +10 pkt	☐TAK ☐NIE
Deklaracja doskonalenia zawodowego w zakresie wsparcia dziecka z niepełnosprawnościami +10pkt.	☐TAK ☐NIE
Łączna liczba pkt. za kryteria preferencji	

Potwierdzam kwalifikowalność uczestnika /uczestniczki w ramach projektu **pt.: „Trampolina potencjału przedszkolaka", nr FEPZ.06.08-IP.01-0028/26**

…….
Podpis w imieniu Wnioskodawcy