



Załącznik nr 1
Wzór

**Zawiadomienie o rezygnacji uczestnika/uczestniczki z udziału w projekcie
pn. „Zostań Omnibusem II”**

.....
nazwa szkoły

Zawiadamiam, że w dniu (*data*)

(*imię i nazwisko*) uczestnik/uczestniczka projektu

pn. „Zostań Omnibusem II”

zrezygnował/zrezygnowała z uczestnictwa z następujących powodów:

.....
.....
.....
.....

Nazwa zajęć/szkolenia z uwzględnieniem liczby godzin, w których uczestniczył

uczestnik/uczestniczka:

.....
.....
.....

.....
data i podpis Dyrektora Szkoły

Sporządził:
data i podpis Pracownika ds. obsługi technicznej

Biuro Projektu:

Wydział Rozwoju, Planowania Inwestycji i Inicjatyw Europejskich
Starostwo Powiatowe w Inowrocławiu
ul. Mątewska 17, pokój 304, 305, 306
88-100 Inowrocław

tel. 52 35 92 327, 52 35 92 326, 328
fax. 52 35 92 333
integracja_ue@inowroclaw.powiat.pl



Załącznik nr 2
Wzór

**Zawiadomienie o zmianie danych
uczestnika/uczestniczki projektu pn. „Zostań Omnibusem II”**

.....
nazwa szkoły

Zawiadamiam, że uczestnik/uczestniczka (*imię i nazwisko*)

PESEL

Zmienił następujące dane:

1. imię i nazwisko:
2. adres zamieszkania:
3. numer telefonu:
4. adres e-mail:

.....
data i podpis Dyrektora Szkoły

Sporządził:
data i podpis
Pracownika ds. obsługi technicznej



Załącznik nr 3
Wzór

ZAŚWIADCZENIE
o nabyciu kompetencji kluczowych
w ramach projektu pn. „Zostań Omnibusem II”

.....
imię i nazwisko uczestnika/uczestniczki

uczeń/uczennica
nazwa szkoły

ukończył/ukończyła zajęcia

pn.

oraz nabył/nabyła kompetencje kluczowe w zakresie

.....
w roku szkolnym: 2019/2020

.....
data i podpis Beneficjenta Projektu

Biuro Projektu:

Wydział Rozwoju, Planowania Inwestycji i Inicjatyw Europejskich
Starostwo Powiatowe w Inowrocławiu
ul. Mątewska 17, pokój 304, 305, 306
88-100 Inowrocław

tel. 52 35 92 327, 52 35 92 326, 328
fax. 52 35 92 333
integracja_ue@inowroclaw.powiat.pl

Protokół z wykonania zadań w ramach projektu pn. „Zostań Omnibusem II”

za okres (miesiąc kalendarzowy)

1. Informacje o projekcie

Nazwa beneficjenta	Tytuł projektu
Powiat Inowrocławski	„Zostań Omnibusem II”

2. Dane pracownika - personelu projektu

PESEL	Imię	Nazwisko
Stanowisko	Forma zaangażowania	Data zaangażowania w projekcie
Okres zaangażowania	Od:	Do:
Wymiar czasu pracy - liczba godzin		

3. Ustalenia dotyczące wyników zrealizowanych zadań:

- 1) W okresie objętym protokołem pracownik zrealizował godzin poświęconych na wykonanie zadań w projekcie.
- 2) Zlecone zadania zostały/nie zostały¹ wykonane zgodnie z przydzielonymi godzinami.
- 3) Potwierdza się/nie potwierdza się² prawidłowe zrealizowanie zadań przez pracownika.
- 4) W stosunku do przydzielonych godzin wskazuje się następujące niezgodności²:

.....
.....

- 5) Uzgodnienia dotyczące usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości¹:

.....
.....

¹ Niepotrzebne skreślić

² Jeżeli nie wystąpiły wpisać nie dotyczy.

Biuro Projektu:

Wydział Rozwoju, Planowania Inwestycji i Inicjatyw Europejskich
Starostwo Powiatowe w Inowrocławiu
ul. Mątewska 17, pokój 304, 305, 306
88-100 Inowrocław

tel. 52 35 92 327, 52 35 92 326, 328
fax. 52 35 92 333
integracja_ue@inowroclaw.powiat.pl



4. Liczba i ewidencja godzin przeprowadzonych w ramach projektu w danym miesiącu

Data	Godziny		Liczba godzin lekcyjnych (45 min)
	Od	Do	
Razem			

Sporządził:

Zatwierdził:

.....
data i podpis

.....
data i podpis Koordynatora Projektu

Biuro Projektu:

Wydział Rozwoju, Planowania Inwestycji i Inicjatyw Europejskich
Starostwo Powiatowe w Inowrocławiu
ul. Mątewska 17, pokój 304, 305, 306
88-100 Inowrocław

tel. 52 35 92 327, 52 35 92 326, 328
fax. 52 35 92 333
integracja_ue@inowroclaw.powiat.pl

Oświadczenie personelu projektu

Imię i nazwisko:

PESEL:

Podejmując się realizacji obowiązków w ramach projektu pn. „Zostań Omnibusem II” współfinansowanego ze środków EFS w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2010 (RPO WKP) oświadczam, co następuje:

1. Jestem / Nie jestem* zatrudniony/a na podstawie stosunku pracy w instytucji uczestniczącej w realizacji Programu Operacyjnego¹.

Jednocześnie fakt mojego zatrudnienia w instytucji uczestniczącej w realizacji Programu Operacyjnego nie generuje określonej w aktualnych zapisach dokumentu *Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020* sytuacji konfliktu interesów i podwójnego finansowania, gdyż jestem zatrudniony w (nazwa instytucji)

-
będącej (rodzaj instytucji uczestniczącej w realizacji PO) -
na stanowisku (nazwa stanowiska) -
w (nazwa jednostki organizacyjnej) -*

2. Moje łączne zaangażowanie zawodowe w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Beneficjenta i innych podmiotów nie przekracza 276 godzin miesięcznie².

Informacja o zaangażowaniu zawodowym:

Lp.	Miejsce pracy	Źródło finansowania (program operacyjny lub inicjatywa wspólnotowa) i nr projektu /inne	Stanowisko	Podstawa zatrudnienia (rodzaj umowy)	Okres zatrudnienia (od dnia – do dnia)	Liczba godzin wykonywanych w ramach stanowiska miesięcznie
1.						

¹Jako instytucję uczestniczącą w realizacji PO rozumie się IZ PO lub instytucję, do której IZ PO delegowała zadania związane z zarządzaniem PO.

²Limit zaangażowania zawodowego dotyczy wszystkich form zaangażowania zawodowego, w szczególności:

- w przypadku stosunku pracy – uwzględnia liczbę dni roboczych w danym miesiącu wynikających ze stosunku pracy, przy czym do limitu wlicza się czas nieobecności pracownika związanej ze zwolnieniami lekarskimi i urlopem wypoczynkowym, a nie wlicza się czasu nieobecności pracownika związanej z urlopem bezpłatnym,
- w przypadku stosunku cywilnoprawnego, samozatrudnienia oraz innych form zaangażowania – uwzględnia czas faktycznie przepracowany, w tym czas zaangażowania w ramach własnej działalności gospodarczej poza projektami (o ile dotyczy).

Biuro Projektu:

Wydział Rozwoju, Planowania Inwestycji i Inicjatyw Europejskich
Starostwo Powiatowe w Inowrocławiu
ul. Mątewska 17, pokój 304, 305, 306
88-100 Inowrocław

tel. 52 35 92 327, 52 35 92 326, 328
fax. 52 35 92 333
integracja_ue@inowroclaw.powiat.pl

2.						
----	--	--	--	--	--	--

3. Obciążenie wynikające z mojego zaangażowania w projekcie lub w projektach nie wyklucza możliwości prawidłowej i efektywnej realizacji wszystkich powierzonych mi zadań.
4. Oświadczam, iż jestem świadomy/a, że w razie przekroczenia limitu, o którym mowa w pkt. 4 Oświadczenia, wypłacone mi wynagrodzenie staje się kosztem niekwalifikowanym i podlega żądaniu zwrotu od Beneficjenta przez Instytucję Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020.
Oświadczam, iż jestem świadomy/a odpowiedzialności pracowniczej z tego tytułu, wynikającej z art. 124 i następane Kodeksu Pracy. / Oświadczam, iż jestem świadomy/a odpowiedzialności z tego tytułu, wynikającej z przepisów Kodeksu Cywilnego dotyczącej naprawienia szkody.*
5. Zobowiązuję się do monitorowania mojego zaangażowania w realizację zadań wynikających z ww. umów. Zobowiązuję się do pisemnego poinformowania Koordynatora Projektu w przypadku zaangażowania w innych projektach.
6. Zobowiązuję się podać wszystkie dane niezbędne do prawidłowego wypełnienia bazy personelu projektu w ramach systemu SL2014.
7. Zobowiązuję się do pisemnego potwierdzenia prawidłowo wykonanych zadań, liczby oraz ewidencji godzin w danym miesiącu kalendarzowym poświęconych na wykonanie zadań w projekcie.
8. Zobowiązuję się do spełnienia warunków, o których mowa w pkt. 3-5 w okresie kwalifikowania mojego wynagrodzenia w przedmiotowym projekcie, a w przypadku zaistnienia zmiany w powyższym stanie rzeczy, który potwierdza niniejsze oświadczenie, zobowiązuję się do poinformowania Beneficjenta o zaistniałych zmianach w terminie 7 dni.
9. Będąc świadomym odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 297 ust. 1 Kodeksu Karnego, oświadczam, iż dane powyższe są zgodne z prawdą i stanem faktycznym na dzień składania oświadczenia.

.....
(Data i podpis składającego oświadczenie)

* niepotrzebne skreślić

Biuro Projektu:

Wydział Rozwoju, Planowania Inwestycji i Inicjatyw Europejskich
Starostwo Powiatowe w Inowrocławiu
ul. Mątewska 17, pokój 304, 305, 306
88-100 Inowrocław

tel. 52 35 92 327, 52 35 92 326, 328
fax. 52 35 92 333
integracja_ue@inowroclaw.powiat.pl



Załącznik nr 6
Wzór

**Potwierdzenie odbioru materiałów dydaktycznych na zajęcia
przez uczniów/ uczennice uczestniczących /uczestniczące w projekcie
pn. „Zostań Omnibusem II”**

.....
nazwa zajęć

.....
nazwa szkoły

Zestawienie przekazanych materiałów dydaktycznych:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

LP.	Imię i nazwisko ucznia / uczennicy	Podpis ucznia / uczennicy

.....
data i podpis Dyrektora Szkoły

Sporządził:
data i podpis Pracownika ds. obsługi technicznej

Sprawozdanie
z realizacji zajęć dla uczniów oraz szkoleń dla nauczycieli
w ramach projektu pn. „Zostań Omnibusem II”

.....
Nazwa/pieczczę szkoły

okres sprawozdawczy: od do

1. Informacja na temat liczby godzin zajęć / szkoleń przeprowadzonych w ramach projektu

Nazwa zajęć/ szkolenia	Liczba godzin zajęć przeprowadzonych w okresie sprawozdawczym	Liczba godzin zajęć przeprowadzonych od początku realizacji projektu (narastająco)	Liczba godzin zajęć zaplanowanych do realizacji we wniosku aplikacyjnym

2. Informacja na temat uczniów, którzy biorą/zakończyli udział w projekcie

LP	Imię	Nazwisko	Nazwa zajęć	data rozpoczęcia	data zakończenia
1			1.		
			2.		
			3.		
2			1.		
			2.		
			3.		
3			1.		
			2.		
			3.		
4					

Biuro Projektu:

Wydział Rozwoju, Planowania Inwestycji i Inicjatyw Europejskich
Starostwo Powiatowe w Inowrocławiu
ul. Mątewska 17, pokój 304, 305, 306
88-100 Inowrocław

tel. 52 35 92 327, 52 35 92 326, 328
fax. 52 35 92 333
integracja_ue@inowroclaw.powiat.pl

3. Informacja na temat nauczycieli, którzy biorą/zakończyli udział w szkoleniach w projekcie

LP	Imię	Nazwisko	Data rozpoczęcia szkolenia	Data zakończenia szkolenia
1				
2				
3				

4. Informacja na temat uczestników (uczniów/nauczycieli), którzy przerwali udział w projekcie.

LP	Imię	Nazwisko	Nazwa formy wsparcia (zajęc/szkolenia)	Data przerwania udziału w projekcie
1				
2				
3				

Sporządził:
data i podpis Pracownika ds. obsługi technicznej

.....
data i podpis Dyrektora Szkoły¹

Zatwierdził:

.....
data i podpis Koordynatora pedagogicznego

.....
data i podpis Koordynatora Projektu

¹ W przypadku, gdy sprawozdanie podpisuje inna uprawniona osoba, proszę o dołączenie upoważnienia wystawionego przez Dyrektora Szkoły.

Biuro Projektu:

Wydział Rozwoju, Planowania Inwestycji i Inicjatyw Europejskich
Starostwo Powiatowe w Inowrocławiu
ul. Mątewska 17, pokój 304, 305, 306
88-100 Inowrocław

tel. 52 35 92 327, 52 35 92 326, 328
fax. 52 35 92 333
integracja_ue@inowroclaw.powiat.pl

**OŚWIADCZENIE
DYREKTORA SZKOŁY**

.....
(pieczęć szkoły)

Oświadczam, że sprzęt i/lub pomoce dydaktyczne zakupione w ramach projektu pn. „Zostań Omnibusem II” są wykorzystywane do:

- 1) prowadzenia zajęć edukacyjnych.*
- 2) pracy z uczniami ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi.*

Jako potwierdzenie niniejszego oświadczenia załączam programy zajęć / dzienniki zajęć*, podczas których wykorzystywano zakupiony sprzęt lub pomoce dydaktyczne.

.....
(data i podpis Dyrektora Szkoły)

* Niewłaściwe skreślić.

Biuro Projektu:

Wydział Rozwoju, Planowania Inwestycji i Inicjatyw Europejskich
Starostwo Powiatowe w Inowrocławiu
ul. Mątewska 17, pokój 304, 305, 306
88-100 Inowrocław

tel. 52 35 92 327, 52 35 92 326, 328
fax. 52 35 92 333
integracja_ue@inowroclaw.powiat.pl

**Ankieta ewaluacyjna ex-post
dla uczestników / uczestniczek projektu
pn. „Zostań Omnibusem II”**

Płeć <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	Wiek	Nazwa szkoły:
Nazwa zajęć:		

Jaka jest Twoja całościowa ocena zajęć w ramach projektu?

Wyśmienicie	Bardzo dobrze	Dobrze	Słabo	Źle
5	4	3	2	1

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi 1 lub 2 proszę o uzasadnienie.

.....

.....

.....

.....

Przydatność zajęć	Wyśmienicie	Bardzo dobrze	Dobrze	Słabo	Źle
W jakim stopniu udział w projekcie spełnił Twoje potrzeby i oczekiwania?	5	4	3	2	1
Jak oceniasz wzrost swojej wiedzy i kompetencji w wyniku udziału w zajęciach?	5	4	3	2	1
Czy uczestnictwo w zajęciach w ramach projektu wpłynęło na rozwój Twoich zainteresowań, pasji i talentów?	5	4	3	2	1
Czy dodatkowe zajęcia edukacyjne (pozaekcyjne) organizowane przez szkołę są potrzebne?	5	4	3	2	1
Czy udział w dodatkowych zajęciach edukacyjnych (pozaekcyjnych) ułatwia Ci naukę?	5	4	3	2	1
Czy zajęcia pozaekcyjne, prowadzone w ramach projektu pomogły Ci w przezwyciężeniu trudności szkolnych?	5	4	3	2	1
Czy uczestnictwo w zajęciach pozaekcyjnych pomaga Ci osiągnąć lepsze wyniki w nauce?	5	4	3	2	1

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi 1 lub 2 proszę o uzasadnienie.

.....

.....

.....

.....

Biuro Projektu:

Wydział Rozwoju, Planowania Inwestycji i Inicjatyw Europejskich
Starostwo Powiatowe w Inowrocławiu
ul. Mątewska 17, pokój 304, 305, 306
88-100 Inowrocław

tel. 52 35 92 327, 52 35 92 326, 328
fax. 52 35 92 333
integracja_ue@inowroclaw.powiat.pl

Organizacja zajęć	Wyśmienicie	Bardzo dobrze	Dobrze	Słabo	Źle
Czy uważasz, że ilość zajęć pozalekcyjnych w ramach projektu jest wystarczająca?	5	4	3	2	1
Czy zostałeś odpowiednio wcześniej poinformowany o terminie i miejscu zajęć?	5	4	3	2	1
Czy zajęcia odbywały się w zaplanowanym wymiarze czasowym?	5	4	3	2	1
Jak oceniasz sposób prowadzenia zajęć?	5	4	3	2	1

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi 1 lub 2 proszę o uzasadnienie.

.....

.....

.....

.....

Czy w przyszłości chciałbyś uczestniczyć w podobnym projekcie?

Tak	Nie	Nie mam zdania
-----	-----	----------------

Jakie zajęcia, szkolenia, kursy proponujesz ująć w przyszłych projektach?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

Biuro Projektu:

Wydział Rozwoju, Planowania Inwestycji i Inicjatyw Europejskich
Starostwo Powiatowe w Inowrocławiu
ul. Mątewska 17, pokój 304, 305, 306
88-100 Inowrocław

tel. 52 35 92 327, 52 35 92 326, 328
fax. 52 35 92 333
integracja_ue@inowroclaw.powiat.pl