**Formularz zgłoszeniowy**

Sieć współpracy i samokształcenia nauczycieli bibliotekarzy

1. Imię i nazwisko uczestnika ….........................................................................................
2. Szkoła ..............................................................................................................................
3. Telefon kontaktowy .........................................................................................................
4. E-mail ..............................................................................................................................

 *Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zgodnie z Ustawą z dnia* ***29 sierpnia 1997 r. o Ochronie Danych Osobowych Dz. Ust. Nr 133 poz. 883***

 ……………..…….. ……………………………...

 data podpis nauczyciela

**Kwestionariusz diagnozy potrzeb**

1. Proszę wymienić zagadnienia, w zakresie których chciałby/aby Pan/i poszerzyć swoją wiedzę:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………...

1. Czego chciałby/aby się Pan/i nauczyć dzięki udziałowi w sieci?

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

1. Czego oczekuje Pan/i od innych uczestników sieci?

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………….

1. Jakie są Pani/Pana obawy/wątpliwości związane z udziałem w sieci?

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………