

## *PROTOKÓŁ*

*z posiedzenia Komisji Rekrutacyjnej do projektu:*

*„Edukacja, promocja i profilaktyka w kierunku zdrowia jamy ustnej skierowana do małych dzieci, ich rodziców, opiekunów i wychowawców”, współfinansowanego w ramach Szwajcarsko - Polskiego Programu Współpracy*

powołanej wedle zasad stanowiących *Regulaminem Rekrutacji Przedszkoli - § 5 – Kryteria oceny Formularzy Zgłoszeniowych Przedszkoli* do przeprowadzenia rekrutacji przedszkoli na terenie województwa mazowieckiego.

Data posiedzenia Komisji Rekrutacyjnej: **08.05.2015r.**

Miejsce posiedzenia Komisji Rekrutacyjnej: **Warszawski Uniwersytet Medyczny,  
ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa**

### **Skład Komisji:**

Członkowie (imię i nazwisko, stanowisko:

1. Przewodniczący Komisji - dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk
2. Specjalista ds. Rekrutacji, Monitoringu i Ewaluacji – mgr Kamila Wołosz
3. Koordynator Działań Partnera – mgr Michał Skrzek

### **Przebieg pracy Komisji Rekrutacyjnej**

1. Zapoznanie z „*Regulaminem Rekrutacji Przedszkoli*” i zobowiązanie do ich przestrzegania podczas pracy komisji.
2. Analiza Formularzy zgłoszeniowych do projektu – obliczanie punktacji wg kryteriów zawartych w regulaminie. Rozpatrzono 382 formularze.
3. Kwalifikowanie przedszkoli do edukacji bezpośredniej bądź pośredniej zgodnie z **§5 pkt. 4 a,b,c**. Zakwalifikowano 382 przedszkola do projektu wg załącznika.

Ustalenia Komisji Rekrutacyjnej – załącznik do Protokołu

Na tym posiedzenie zakończono.

Zatwierdzam listę przedszkoli wytypowanych do uczestnictwa w projekcie „*Edukacja, promocja i profilaktyka w kierunku zdrowia jamy ustnej skierowana do małych dzieci, ich rodziców, opiekunów i wychowawców*”, współfinansowanego w ramach Szwajcarsko - Polskiego Programu Współpracy.

Zatwierdził/ła

  
Kierownik Projektu WUM  
*Prof. dr hab. n. med. Dorota Okczak-Kowalczyk*

Przewodniczący Komisji  
/data/podpis/

Sporządził/ła/Zatwierdziła

**SAMODZIELNY REFERENT**  
**Biura Projektów**

*mgr Kamila Wołosz*

Specjalista ds.Rekrutacji,  
Monitoringu i Ewaluacji  
/data/podpis/

Zatwierdził/ła

STARSZY SPECJALISTA  
Biura Projektów  
  
*mgr Michał Skrzek*

Koordynator Działań Partnera  
/data/podpis/

Warszawa, dnia ...*8.05.*..... 2015 r.