

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU**
**Dane wspólne**

<b>TYTUŁ PROJEKTU:</b>	WYŻYNY CYFROWYCH KOMPETENCJI W PRACY URZĘDNIKA (DOLNOŚLĄSKIE I LUBUSKIE)
<b>Nr projektu:</b>	KPOD.05.08-IW.06-0022/24-00
<b>Program, w ramach którego realizowany jest projekt:</b>	Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO)
<b>Numer i działania:</b>	C2.1.3. E-kompetencje

**Wyjaśnienie:**

Formularz wraz z oświadczeniami proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami. Uczestnik wypełnia wszystkie białe pola. W polach wyboru proszę zaznaczyć znak "X".

Proszę wypełnić wszystkie pola formularza oraz oświadczeń oraz złożyć czytelne podpisy w wyznaczonych miejscach.

**Dane Uczestników projektów, którzy otrzymują wsparcie w ramach KPO C2.1.3.**

	LP.	NAZWA	SŁOWNIKI/ POLA DO WYPEŁNIENIA
<b>DANE UCZESTNIKA</b>	1	Imię	
	2	Nazwisko	
	3	Wiek w chwili wypełniania dokumentów	<input type="checkbox"/> 18-29 lat <input type="checkbox"/> 30-54 lat <input type="checkbox"/> 55 i więcej lat
	4	PESEL	
	5	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	6	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
<b>DANE ZAMIESZKANIA UCZESTNIKA</b>	7	Ulica:	
	8	Nr domu:	
	9	Nr lokalu:	
	10	Miejscowość:	



	11	Kod pocztowy:	
	12	Województwo:	
	13	Powiat:	
	14	Telefon kontaktowy:	
	15	Adres poczty elektronicznej (e-mail):	
	<b>STATUS NA RYNKU PRACY (w chwili przystąpienia do projektu)</b>	16	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej lub samorządowej
17		Nazwa i adres urzędu / zakładu pracy	..... .....
<b>OŚWIADCZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>	18	Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie  W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „Tak” należy przedłożyć do wglądu wydane orzeczenia o niepełnosprawności
	19	Rodzaj niepełnosprawności: (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)	<input type="checkbox"/> Ruchowa <input type="checkbox"/> Niedowidzący <input type="checkbox"/> Niewidomy <input type="checkbox"/> Niedosłyszający <input type="checkbox"/> Głuchoniemy <input type="checkbox"/> Inna – jaka? .....

Upředzony/na o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą. Ponadto nie byłem/-am karany/-a za przestępstwa popełnione umyślnie ścigane z oskarżenia publicznego i przestępstwa skarbowe popełnione umyślnie oraz nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne.

--

.....  
Miejscowość, dnia

Czytelny podpis