

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU

Dane wspólne

TYTUŁ PROJEKTU:	WŁĄCZENI CYFROWO. STOP WYKLUCZENIU W ZDYGITALIZOWANYM ŚWIECIE – WOJ. POMORSKIE I ZACHODNIOPOMORSKIE
Nr projektu:	KPOD.05.08-IW.06-0025/24-00
Program, w ramach którego realizowany jest projekt:	Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO)
Numer i działania:	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
DANE UCZESTNIKA	1	Imię	GENERUJE SYSTEM
	2	Nazwisko	GENERUJE SYSTEM
	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	GENERUJE SYSTEM
	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
DANE ZAMIESZKANIA UCZESTNIKA	7	Ulica:	GENERUJE SYSTEM
	8	Nr domu:	GENERUJE SYSTEM
	9	Nr lokalu:	GENERUJE SYSTEM
	10	Miejscowość:	GENERUJE SYSTEM
	11	Kod pocztowy:	GENERUJE SYSTEM
	12	Województwo:	GENERUJE SYSTEM

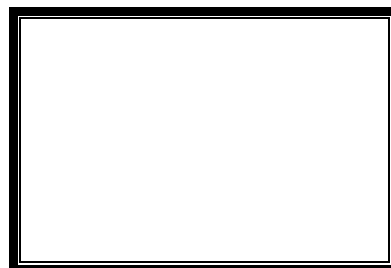


	13	Powiat:	GENERUJE SYSTEM
	14	Telefon kontaktowy:	GENERUJE SYSTEM
	15	Adres poczty elektronicznej (e-mail):	GENERUJE SYSTEM
OŚWIADCZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	16	Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „Tak” należy przedłożyć do wglądu wydane orzeczenia o niepełnosprawności
	17	Specjalne potrzeby szkoleniowe wynikające z niepełnosprawności	
OSOBA WYKLUCZONA CYFROWO BĄDŹ POSIADAJĄCA NISKIE UMIEJĘTNOŚCI CYFROWE	18	Proszę zaznaczyć właściwe	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
ZGŁASZAM POTRZEBĘ UCZESTNICTWA W SZKOLENIU W CELU KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO BĄDŹ PRZEKWALIFIKOWANIA ZAWODOWEGO	19	Proszę zaznaczyć właściwe	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Uprzedzony/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.

GENERUJE SYSTEM

Miejscowość, dnia



Czytelny podpis