

Załącznik 1

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „PODNIESIENIE KOMPETENCJI CYFROWYCH MIESZKAŃCÓW  
WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO”

DANE UCZESTNIKA INDYWIDUALNEGO OTRZYMUJĄCEGO WSPARCIE W RAMACH PROJEKTU

PROSIMY O UZUPEŁNIENIE PONIŻSZEJ TABELI DRUKOWANYMI LITERAMI!!! Niezbędne jest wypełnienie wszystkich pól tabeli.

Lp.	NAZWA	
1	KRAJ	
2	RODZAJ UCZESTNIKA	indywidualny
3	GMINA PRZEPROWADZAJĄCA SZKOLENIE	
4	IMIĘ	
5	NAZWISKO	
6	PESEL	
7	PŁEĆ –POSTAW ZNAK „X” PRZY WŁAŚCIWEJ ODPOWIEDZI	<input type="checkbox"/> KOBIETA , <input type="checkbox"/> MĘŻSZYZNA
8	WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
9	WYKSZTAŁCENIE – POSTAW ZNAK „X” PRZY WŁAŚCIWEJ ODPOWIEDZI	<input type="checkbox"/> NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE
		<input type="checkbox"/> PODSTAWOWE
		<input type="checkbox"/> GIMNAZJALNE
		<input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE
		<input type="checkbox"/> POLICEALNE
		<input type="checkbox"/> WYŻSZE
10	WOJEWÓDZTWO	
11	POWIAT	
12	GMINA	
13	MIEJSCOWOŚĆ ZAMIESZKANIA	
14	ULICA	
15	NR BUDYNKU	
16	NR LOKALU	
17	KOD POCZTOWY	
18	TELEFON KONTAKTOWY	
19	ADRES E-MAIL	
20	DATA ROZPOCZĘCIA I ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROJEKCIE**	1.04.19-30.04.19
21	DATA ROZPOCZĘCIA I ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU WE WSPARCIU**	1.04.19-30.04.19
22	RODZAJ PRZYZNANEGO WSPARCIA	SZKOLENIE
23	OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI	TAK/NIE
24	OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI SZKOLENIOWYMI- jeżeli <b>TAK</b> to proszę podać z jakimi potrzebami	

\*konieczne jest wypełnienie wszystkich pól!

\*\*data udziału w projekcie powinna być tożsama z datą udzielonego wsparcia tj. datą udziału w szkoleniu

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis uczestnika