



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Projekt Nr POPC.03.01.00-00-0095/18 pt. „Akademia kompetencji cyfrowych dla mieszkańców pomorskiego, warmińsko-mazurskiego, podlaskiego”

Umowa nr: 93/095/2019

Tytuł projektu: „Akademia kompetencji cyfrowych dla mieszkańców pomorskiego, warmińsko-mazurskiego, podlaskiego”

<b>SZKOLENIE</b> (proszę zaznaczyć właściwe)	
<input type="checkbox"/> Rodzic w Internecie	<input type="checkbox"/> Mój biznes w sieci
<input type="checkbox"/> Moje finanse i transakcje w sieci	<input type="checkbox"/> Rolnik w sieci
<input type="checkbox"/> Działam w sieciach społecznościowych	<input type="checkbox"/> Kultura w sieci
<input type="checkbox"/> Tworzę własną stronę internetową (blog)	
Miejsce odbywania się szkoleń:	
Termin szkolenia:	

<b>DANE UCZESTNIKA PROJEKTU</b>											
Imię											
Nazwisko											
PESEL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Wiek w momencie przystąpienia do projektu (w latach)											
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna										
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe										
Województwo	Powiat										
Gmina	Miejscowość										
Ulica	Nr domu/lokalu										
Kod pocztowy											
Telefon	e-mail										
Data rozpoczęcia udziału w projekcie:.....	Data zakończenia udziału w projekcie:.....										

Oświadczam, że (proszę zaznaczyć X kategorie, które Pani/Pana dotyczą):	TAK	NIE
Jestem osobą niepełnosprawną		
Posiadam stopień niepełnosprawności – <i>jeśli dotyczy</i> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Czytelny podpis)