



Załącznik nr 1

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Umowa nr: KPL/U/5/2018

Tytuł projektu: „Rozwój kompetencji cyfrowych mieszkańców Miasta i Gminy Skępe”

SZKOLENIE (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:	

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU																					
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><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)