



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

<b>Tytuł projektu</b>	<b>„ECDL Bez Barrier”</b>
<b>Numer projektu</b>	<b>POKL.09.06.02-14-316/14</b>
<b>Priorytet, w ramach którego jest realizowany projekt</b>	<b>IX. Rozwój wykształcenia i kompetencji w regionach</b>
<b>Działanie, w ramach którego jest realizowany projekt</b>	<b>9.6. Upowszechnienie uczenia się dorosłych</b>
<b>Poddziałanie, w ramach którego jest realizowany projekt</b>	<b>9.6.2. Podwyższenie kompetencji osób dorosłych w zakresie ICT i znajomości języków obcych.</b>

*Poniższą tabelę należy wypełnić dla każdego kandydata na szkolenie (1 tabela/1 uczestnik/-czka). Proszę o uzupełnienie DRUKOWANYMI literami.*

	Lp.	Nazwa	
<b>Dane uczestnika/uczestniczki</b>	1.	<b>Imię (imiona):</b>	
	2.	<b>Nazwisko:</b>	
	3.	<b>PESEL:</b>	
	4.	<b>Wiek w chwili przystąpienia do projektu:</b>	
	4.	<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	5.	<b>Wykształcenie:</b>	<input type="checkbox"/> Brak (Brak formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> Podstawowe (Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) <input type="checkbox"/> Pomaturalne (Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) <input type="checkbox"/> Wyższe (Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym)
	6.	<b>Kształcenie się:</b>	<input type="checkbox"/> Kształcę się (Obecnie jestem osobą uczącą się) <input type="checkbox"/> Nie kształcę się (Obecnie <u>nie uczę</u> się i nie kształcę)
<b>Adres zamieszkania</b>	7.	<b>Obszar:</b>	<input type="checkbox"/> Miejski <input type="checkbox"/> Wiejski



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

	8.	Miejscowość:	
	9.	Kod Pocztowy:	
	10.	Ulica:	
	11.	Nr domu / Nr lokalu:	
	12.	Województwo:	
	13.	Powiat:	
	14.	Telefon stacjonarny:	
	15.	Telefon komórkowy:	
Dane dodatkowe	16.	E-mail:	
	17.	Rodzaj niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Osoba niepełnosprawna słuchowo <input type="checkbox"/> Inna niepełnosprawność <input type="checkbox"/> Nie jestem osobą niepełnosprawną
	18.	Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Brak
	19.	Przedział wiekowy:	<input type="checkbox"/> pomiędzy 25-49 lata <input type="checkbox"/> pomiędzy 50-64 lata
	20.	Sprawuję opiekę nad dziećmi do lat 7 lub osobą zależną:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	21.	Preferowane miejsce zajęć:	<input type="checkbox"/> Warszawa <input type="checkbox"/> Siedlce
	22.	Preferowany termin zajęć (miesiąc):	<input type="checkbox"/> Październik 2014 <input type="checkbox"/> Listopad 2014 <input type="checkbox"/> Grudzień 2014 <input type="checkbox"/> Styczeń 2015 <input type="checkbox"/> Luty 2015 <input type="checkbox"/> Marzec 2015 <input type="checkbox"/> Kwiecień 2015 <input type="checkbox"/> Maj 2015 <input type="checkbox"/> Dowolny z powyższych terminów
	23.	Status zawodowy:	<input type="checkbox"/> Zatrudniony <input type="checkbox"/> Bezrobotny (Zarejestrowany w Urzędzie Pracy) <input type="checkbox"/> Nieaktywny zawodowo (Nie zarejestrowany w Urzędzie Pracy)
	24.	Preferowany tryb szkolenia:	<input type="checkbox"/> Poranny <input type="checkbox"/> Popołudniowy
	25.	Czy korzystał(a) Pan / Pani ze wsparcie EFS:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
26.	Czy przynależy Pan /Pani do mniejszości narodowej lub etnicznej:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

	27.	Czy jest Pan/Pani migrantem:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	28	Dochód netto na osobę w gospodarstwie domowym. (zł)	

**Ja, niżej podpisany/ podpisana oświadczam że:**

1. Spełniam wszystkie wymogi formalne określone w Regulaminie Projektu.
2. Oświadczam, że zgadzam się z zasadami udziału w projekcie „ECDL Bez Barrier” zawartymi w Regulaminie Projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony do uczestnictwa w nim. Jednocześnie akceptuję warunki Regulaminów.
3. Zostałam/zostałem poinformowany, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Zostałem/zostałam poinformowany/ -a, że szkolenie może odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania.
5. Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatora Projektu do celów rekrutacyjnych.
6. Deklaruję uczestnictwo w całym cyklu szkoleniowym, równocześnie zobowiązuje się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora Projektu.
7. Zostałem/zostałam poinformowany/-a, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w Projekcie.
8. Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(Podpis Uczestnika)