



Załącznik nr 1

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Umowa nr: 7/POPC/2018 w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa Nr III:  
Cyfrowe kompetencje społeczeństwa Działanie 3.1 : Działania szkoleniowe na rzecz rozwoju kompetencji cyfrowych

Tytuł projektu: Rozwój kompetencji cyfrowych mieszkańców gminy Łączna.

### 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 style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></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"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <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):	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Jestem osobą niepełnosprawną		
Posiadam stopień niepełnosprawności – <i>jeśli dotyczy</i>		
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Czytelny podpis)