



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Małopolski e-Senior”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY do Projektu „Małopolski e-Senior”

(numer projektu: POPC.03.01.00-00-0041/17)
realizowanego przez Fundację Instytut Myśli Innowacyjnej
w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa, III Oś Priorytetowa
Cyfrowe kompetencje społeczeństwa, Działanie 3.1 Działania szkoleniowe na
rzecz rozwoju kompetencji cyfrowych

Formularz proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami!

Wypełnia pracownik Biura Projektu:

Wpłynęło dnia:

Wpłynęło godzina:

Podpis:

I. Dane Kandydata

Nazwisko			Imię		
Rodzaj	<input type="checkbox"/> Indywidualny <input type="checkbox"/> Pracownik/przedstawiciel instytucji podmiotu				
Data urodzenia	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
PESEL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
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
Adres zamieszkania:					
Kraj			Województwo		
Powiat			Gmina		
Miejscowość			Ulica		
			Nr domu i lokalu		
Kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Poczta		
Tel. stacjonarny	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Tel. komórkowy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

II. Aktualny status Kandydata

OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ (zaznaczyć „x”):

w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 Nr 123 poz. 776) oraz ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia (jeśli tak, do formularza należy dołączyć kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności potwierdzoną za zgodność z oryginałem)

Tak

Nie

Odmowa podania informacji

.....
/data/

.....
/czytelny podpis Kandydata/