



Projekt „Cyfrowy obywatel województwa mazowieckiego!” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Działania 3.1 Działania szkoleniowe na rzecz rozwoju kompetencji cyfrowych Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa 2014-2020

Formularz zgłoszeniowy do projektu

Tytuł projektu	„Cyfrowy obywatel województwa mazowieckiego!”
----------------	-----------------------------------------------

Prosimy o zaznaczenie „x” odpowiedzi na „TAK”

DANE PODSTAWOWE KANDYDATA ZGŁASZAJĄCEGO SIĘ DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

Imię (imiona)	Nazwisko
Data i miejsce urodzenia	PESEL

ADRES ZAMIESZKANIA:

Województwo:	Powiat:	Gmina:
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	

Osoba z niepełnosprawnościami (istnieje możliwość odmowy udzielenia odpowiedzi)	TAK		Osoby niepełnosprawne ze specjalnymi potrzebami szkoleniowymi (jeśli dotyczy)	TAK	
	NIE			NIE	
	Odmawiam odpowiedzi			Odmawiam odpowiedzi	

DANE TELEADRESOWE

Telefon:	Adres e-mail:
----------	---------------

POZIOM WYKSZTAŁCENIA

Podstawowe lub niżej (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej lub niżej)	Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)
Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)	Wyższe (kształcenie ukończone na poziomie wyższym licencyjnym lub magisterskim)
Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)	Inne

WIEK:

<input type="checkbox"/>	Osoby w wieku 18-34 lata (osoba, która w dniu przystąpienia do projektu ukończyła 18 rok życia, ale nie ukończyła 34 roku życia)
<input type="checkbox"/>	Osoby w wieku 35-43 lata (osoba, która w dniu przystąpienia do projektu ukończyła 35 rok życia, ale nie ukończyła 43 roku życia)
<input type="checkbox"/>	Osoby w wieku 44-64 lata (osoba, która w dniu przystąpienia do projektu ukończyła 44 rok życia, ale nie ukończyła 64

Projekt „Cyfrowy obywatel województwa mazowieckiego!” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Działania 3.1 Działania szkoleniowe na rzecz rozwoju kompetencji cyfrowych Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa 2014-2020

	roku życia)
	Osoby w wieku pow. 65 lat (osoba, która w dniu przystąpienia do projektu ukończyła 65 rok życia)
Nazwa szkolenia, jakim jest kandydat/ka zainteresowany/a	
	1. „Rodzic w Internecie”
	2. „Mój biznes w sieci”
	3. „Moje finanse i transakcje w sieci”
	4. „Działam w sieciach społecznościowych”
	5. „Tworzę własną stronę internetową (blog)”
	6. „Rolnik w sieci”
	7. „Kultura w sieci”
<p>Oświadczam, że nie uczestniczę obecnie w analogicznym projekcie realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014-2020, Osi Priorytetowej nr III: Cyfrowe Kompetencje społeczeństwa. działania 3. 1: Działania szkoleniowe na rzecz rozwoju kompetencji cyfrowych w <u>innej gminie</u></p>	
<p>.....</p> <p>Czytelny podpis Kandydata/ki do projektu</p>	

Dodatkowo ja niżej podpisany/a oświadczam, że (Kandydat/ka musi spełniać wszystkie poniższe warunki):

- podane wyżej dane są zgodne z prawdą
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby rekrutacji i realizacji projektu
- oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem projektu i w pełni go akceptuję
- wyrażam zgodę na odbycie szkolenia w innym miejscu niż moje miejsce zamieszkania
- oświadczam, że zostałem poinformowany o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Oświadczam, że zostałem poinformowany, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz z budżetu państwa. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w projekcie nie będę wnosił/a żadnych zastrzeżeń ani roszczeń do Realizatora.
- Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w FORMULARZU ZŁOSZENIOWYM dla potrzeb niezbędnych do Realizacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązywania się przez realizatora projektu z obowiązków sprawozdawczych wobec Instytucji Zarządzającej/Instytucji Pośredniczącej
- Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/na o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych przez Realizatora projektu, Grantodawcę oraz Instytucję Zarządzającą/Instytucję Pośredniczącą

Pouczenie: uczestnik/kandydat ponosi odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą !

.....

Miejscowość, data Czytelny podpis Kandydata/ki do projektu