Załącznik nr 1 Formularz zgłoszeniowy

**Formularz zgłoszeniowy Uczestnika projektu**

**w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014-2020**

Oś Priorytetowa III „Cyfrowe kompetencje społeczeństwa

Działanie 3.1 „Działania szkoleniowe na rzecz rozwoju kompetencji cyfrowych”

Projekt „Rodzic w sieci – rozwój kompetencji cyfrowych mieszkańców Gminy Komarówka Podlaska”, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, realizowany przez Gminę Komarówka Podlaska na podstawie umowy o powierzenie grantu nr 24/1/2018

Wypełnia Realizator Projektu:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   | Numer ewidencyjny Kandydata: …………………………………………………. |  |   |
|   | Spełnienie kryteriów obligatoryjnych: TAK/NIE |  |  |  |   |
|   | Kryteria dodatkowo punktowane: ……… pkt. |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   | Kwalifikacja do udziału w projekcie: TAK/NIE |  |  |  |   |
|   | Czytelny podpis osoby przyjmującej formularz: ……………………………………… |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Uwagi:

1. Formularz zgłoszeniowy należy wypełnić czytelnie w języku polskim, długopisem koloru niebieskiego, drukowanymi literami, bez skreśleń.
2. Należy wypełnić wszystkie rubryki Formularza zgłoszeniowego. W przypadku, gdy któraś z części Formularza nie dotyczy osoby wypełniającej, należy wpisać „NIE DOTYCZY”.
3. Wszystkie kserokopie dokumentów stanowiące załącznik i do Formularza zgłoszeniowego powinny być poświadczone własnoręcznym podpisem Kandydata, datą oraz zapisem „Za zgodność z oryginałem”.
4. Dane potencjalnego Uczestnika projektu

|  |  |
| --- | --- |
|  Kraj |   |
|  Imię/Imiona |   |
|  Nazwisko |   |
|  Data i miejsce urodzenia |   |
|  PESEL |   |
|  Płeć |   |
|  Wiek w chwili przystąpienia do projektu |   |
|  Adres zamieszkania |
|  Województwo |   |
|  Powiat |   |
|  Gmina |   |
|  Miejscowość |   |
|  Ulica |   |
|  Nr budynku |   |
|  Nr lokalu |   |
|  Kod pocztowy |   |
|  Telefon kontaktowy |   |
|  Adres e-mail |   |

1. Oświadczam, że:

|  |
| --- |
|  Jestem: |
| osobą z niepełnosprawnościami \* | TAK/NIE |
| niepełnosprawność sensoryczna (osoby niewidome, niedowidzące, daltoniści, osoby głuche) | TAK/NIE |
| niepełnosprawność fizyczna (osoby z dysfunkcją ruchu) | TAK/NIE |
| niepełnosprawność psychiczna (upośledzenie umysłowe, niepełnosprawność kulturowa) | TAK/NIE |

\* Osoby z niepełnosprawnościami w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r.
o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U.
z 2011 r. Nr 127 poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi
w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U.
z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, z późń. zm.).

…………………………………………… ………………………………………………

 Miejscowość, data Czytelny podpis potencjalnego Uczestnika projektu