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