**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**DO UDZIAŁU W SZKOLENIU KOMPUTEROWYM DLA SENIORÓW**

Instrukcja wypełniania dokumentu:

1. Właściwą odpowiedź prosimy zakreślić krzyżykiem.
2. W miejscach do tego przeznaczonych prosimy o wpisanie KOMPUTEROWO lub DRUKOWANYMI LITERAMI wymaganych informacji.
3. Obowiązkowe jest właściwe wypełnienie wszystkich pól i uzupełnienie własnoręcznych, czytelnych podpisów pod oświadczeniami znajdującymi się na końcu dokumentu.

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ OSOBĘ PRZYJMUJĄCĄ DOKUMENT** | |
| **DATA** |  |
| **PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ DOKUMENT** |  |

**DANE UCZESTNIKA SZKOLENIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IMIĘ (IMIONA)** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NAZWISKO** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PŁEĆ** | **KOBIETA** |  | | | | **MĘŻCZYZNA** | | | | | |  | | | | | | | |
| **Wiek w chwili przystąpienia do projektu** *(na dzień podpisania formularza)* |  | | | **PESEL** | |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **WOJEWÓDZTWO** |  | | **POWIAT** | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **GMINA** |  | | **MIEJSCOWOŚĆ** | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **KOD POCZTOWY** |  | | **ULICA** | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **NUMER BUDYNKU** |  | | **NUMER LOKALU** | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **NUMER TELEFONU** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ADRES POCZTY E-MAIL** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ** | | | | | **TAK** | | | | | | | | | **NIE** | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności osoby ubiegającej**  **się o udział w projekcie** | nie mam  przestrzeń dostosowana do osób z niepełnosprawnością ruchową, jaka ………………………………………………………………………………………………………………………..  specjalnie przystosowane materiały szkoleniowe (np. duża czcionka*)…………………………………………………………………………………………………………..*  zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie *(jakie*)……………………………………………………………………………………………………………  dopasowane warunki szkolenia *(np. częste przerwy, dodatkowe oświetlenie)*  inne (jakie)……………………………………………………………………………………………………. |

**OŚWIADCZENIA**

Świadoma(-y) odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań **oświadczam, że:**

1. Dane zawarte w niniejszym dokumencie są zgodne z prawdą.
2. Zostałem(-am) poinformowany(-a), że szkolenie jest finansowane ramach projektu „Żyj, mieszkaj, pracuj w Jeleniej Górze!”, który jest dofinansowany ze środków Mechanizmu Finansowego EOG 2014-2021 w ramach programu „Rozwój Lokalny”.
3. Zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w szkoleniach z zakresu zakładania i prowadzenia działalności gospodarczej i akceptuję wszystkie jego zapisy oraz postanowienia.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych w formularzu zgłoszeniowym do udziału w szkoleniu.

………………………………………………………… ……………………………………………………………………

*Miejscowość i data Czytelny podpis*