

Załącznik 1

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w projekcie pn. „Cyfrowa Halinka”

Wypełnia kandydat zgłaszający chęć udziału w projekcie:

Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w projekcie i otrzymania wsparcia w ramach projektu. Uwaga!

Każde pole musi być uzupełnione.

DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI
NAZWISKO
IMIĘ
PŁEĆ <input type="checkbox"/> mężczyzna* <input type="checkbox"/> kobieta*
WIEK
PESEL
WYKSZTAŁCENIE <input type="checkbox"/> wyższe magisterskie* <input type="checkbox"/> wyższe zawodowe* <input type="checkbox"/> inne uprawniające do wykonywania zawodu nauczyciela, jakie?*
STOPIEŃ AWANSU ZAWODOWEGO <input type="checkbox"/> nauczyciel stażysta <input type="checkbox"/> nauczyciel mianowany <input type="checkbox"/> nauczyciel kontraktowy <input type="checkbox"/> nauczyciel dyplomowany
STAŻ PRACY <input type="checkbox"/> 1-3 lata <input type="checkbox"/> 4-8 lat <input type="checkbox"/> 9 i więcej
DOSKONALENIE ZAWODOWE <input type="checkbox"/> brak uczestnictwa w kursach, szkoleniach, studiach ze środków EFS w ciągu ostatniego roku <input type="checkbox"/> brak uczestnictwa w kursach, szkoleniach, studiach ze środków EFS w ciągu ostatnich 3 lat <input type="checkbox"/> brak uczestnictwa w kursach, szkoleniach, studiach ze środków EFS w ciągu ostatnich 5 lat
DANE KONTAKTOWE
Ulica
Nr budynku/lokalu
Miejscowość
Obszar



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Rzeczpospolita
Polska



Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



<input type="checkbox"/> miejski*
<input type="checkbox"/> wiejski*
Kod pocztowy
Województwo
Powiat
Telefon stacjonarny
Telefon komórkowy
e-mail
DANE DODATKOWE
Opieka nad dziećmi do lat 7 lub nad osobą zależną <input type="checkbox"/> tak* <input type="checkbox"/> nie*
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej <input type="checkbox"/> tak* <input type="checkbox"/> nie*
Migrant <input type="checkbox"/> tak* <input type="checkbox"/> nie*
Osoba niepełnosprawna** <input type="checkbox"/> tak* <input type="checkbox"/> nie*

* zaznacz X właściwą odpowiedź

** W przypadku osób niepełnosprawnych należy załączyć kopię orzeczenie stopniu niepełnosprawności.

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis uczestnika Projektu