

Załącznik 1 do Deklaracji przystąpienia do projektu

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO PROJEKTU

„e-Xtra Kompetentni – Rozwój kompetencji cyfrowych mieszkańców województwa małopolskiego i świętokrzyskiego”

w ramach Programy Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa nr 3 „Cyfrowe kompetencje społeczeństwa” Działanie nr 3.1 „Działania szkoleniowe na rzecz rozwoju kompetencji cyfrowych”

Projekt grantowy pn. „Rozwój kompetencji cyfrowych mieszkańców Gminy Kozłów”

Umowa o powierzenie grantu nr 2/EK/09/2019

Lp.	Nazwa	
1	Kraj	
2	Rodzaj uczestnika	
3	Nazwa instytucji	
4	Imię	
5	Nazwisko	
6	PESEL	
7	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
8	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
9	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
10	Województwo	
11	Powiat	
12	Gmina	
13	Miejscowość	
15	Ulica	



16	Nr budynku	
17	Nr lokalu	
18	Kod pocztowy	
19	Telefon kontaktowy	
20	Adres e-mail	
21	Data rozpoczęcia udziału w projekcie (data pierwszego szkolenia)	
22	Data zakończenia udziału w projekcie (data zakończenia szkolenia)	
23	Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <i>Wybierz „Tak” - jeśli uczestnik zakończył udział w projekcie zgodnie z zaplanowaną ścieżką uczestnictwa</i>
24	Rodzaj przyznanego wsparcia	
25	Data rozpoczęcia udziału we wsparciu (data pierwszego szkolenia)	
26	Data zakończenia udziału we wsparciu (data zakończenia szkolenia)	
27	Osoba z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> TAK <i>(Prosimy o wypełnienie załącznika nr 3 oraz okazanie dokumentu potwierdzającego orzeczenie o niepełnosprawności pracownikowi projektu odpowiedzialnemu za rekrutację)</i> <input type="checkbox"/> NIE
28	Osoba z niepełnosprawnością ze specjalnymi potrzebami szkoleniowymi	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

.....
(miejsowość, data)

(podpis)



29	Preferowany tryb szkolenia	<input type="checkbox"/> Weekendy (2 dni x 8 godzin) <input type="checkbox"/> Od poniedziałku do piątku (popołudniami – 4 dni x 4 godziny)
30	Wybrany kierunek szkolenia (proszę zaznaczyć tylko jedną <u>możliwość</u>)	<input type="checkbox"/> "Rodzic w Internecie" <input type="checkbox"/> "Mój biznes w sieci" <input type="checkbox"/> "Kultura w sieci" <input type="checkbox"/> "Moje finanse i transakcje w sieci" <input type="checkbox"/> "Działam w sieciach społecznościowych" <input type="checkbox"/> "Tworzę własną stronę internetową (blog)" <input type="checkbox"/> "Rolnik w sieci"

.....
(miejscowość, data)

(podpis)