**Zał. 1 do Deklaracji przystapienia 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 2014-2010, Oś Priorytetowa nr 3 „Cyfrowe kompetencje społeczeństwa” Działanie nr 3.1 „Działania szkoleniowe na rzecz rozwoju kompetencji cyfrowych”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** |  |
| 1 | Kraj |  |
| 2 | Rodzaj uczestnika |  |
| 3 | Nazwa instytucji |  |
| 4 | Imię |  |
| 5 | Nazwisko |  |
| 6 | PESEL |  |
| 7 | Płeć | * kobieta
* mężczyzna
 |
| 8 | Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| 9 | Wykształcenie | * niższe niż podstawowe
* podstawowe
* gimnazjalne
* ponadgimnazjalne
* policealne
* 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 | * TAK
* NIE

*Wybierz „Tak” - jeśli uczestnik zakończył udział w projekcie zgodnie z zaplanowana ścieżką uczestnictwa* |
| 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 | * TAK *(Prosimy o dołączenie do formularza kserokopii orzeczenia o niepełnosprawności i potwierdzonej za zgodność z oryginałem lub równoważny dokument)*
* NIE
 |
| 28 | Osoba z niepełnosprawnością ze specjalnymi potrzebami szkoleniowymi | * TAK

………………………………………* NIE
 |

……………………………………………………… ----------------------------------------------------

(miejscowość, data) (podpis)