



Załącznik 1 do Regulaminu

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA INDYWIDUALNEGO PROJEKTU
„Systemowe kształcenie specjalistów i specjalistek ds. dostępności cyfrowej”
FERS.03.02-IP.03-0001/24 realizowanym w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027

Niniejszym zgłaszam dobrowolną chęć i wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie jako:

- Pracownik/Pracownica podmiotu publicznego
 Przedstawiciel/Przedstawicielka NGO i partnerów społecznych
 Absolwent/Absolwentka szkoły ponadpodstawowej

DANE UCZESTNIKA			
Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec		
Imię			
Nazwisko			
PESEL	Wpisz PESEL Nie posiadam nr PESEL <input type="checkbox"/>	Brak nr PESEL - typ i nr dokumentu tożsamości	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta		<input type="checkbox"/> Mężczyzna
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		
Kraj			
Województwo			
Powiat			



Gmina	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
E-mail	
Telefon kontaktowy	

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<p>W tym:</p> <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)
-----------------	--	--





		<input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> Inne
Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	W tym: <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się/odbywająca kształcenie <input type="checkbox"/> Inne
Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	W tym: <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Inne

DODATKOWE INFORMACJE

Czy należy Pan/i do min. jednej z grup w niekorzystnej sytuacji?	<input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnością <input type="checkbox"/> osoba starsza <input type="checkbox"/> osoba o niskich kwalifikacjach
Czy posiada Pan/i wykształcenie w kierunku Informatyk, Programista, Webmaster, Projektant stron i aplikacji mobilnych?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy obowiązki które Pan/i wykonuje są związane z publikowaniem treści w Internecie?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy w ciągu ostatnich 3 lat uczył/a Pan/i się?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



szkoleniu związanym z tematyką dostępności cyfrowej?	
--	--

POTRZEBY ŻYWIENIOWE

Specjalne potrzeby żywieniowe	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
-------------------------------	------------------------------	------------------------------

INFORMACJE OD OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ ZWIĄZANE Z POTENCJALNYM UCZESTNICTWEM W PROJEKCIE

Czy ma Pan/i specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności związane z uczestnictwem w projekcie? <i>(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):</i>	<input type="checkbox"/> przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych: <input type="checkbox"/> alternatywne formy materiałów (np. z użyciem alfabetu Braille` a itp.): <input type="checkbox"/> zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie: <input type="checkbox"/> zapewnienie tłumacza języka migowego: <input type="checkbox"/> specjalne wyżywienie (wymagana dieta): <input type="checkbox"/> inne:
Jakie trudności ma Pan/ Pani ze względu na swoją niepełnosprawność? <i>(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):</i>	<input type="checkbox"/> samodzielne poruszanie się, <input type="checkbox"/> czytanie i rozumieniem tekstu, <input type="checkbox"/> komunikowanie się z otoczeniem, <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> nie mam.
Czy będzie Panu/Pani potrzebna osoba (asystent), która pomoże podczas udziału we wsparciu oferowanym w projekcie? <i>(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):</i>	<input type="checkbox"/> podczas przemieszczania się (np. do miejsca szkolenia i z powrotem), <input type="checkbox"/> w komunikowaniu się z otoczeniem, <input type="checkbox"/> w tłumaczeniu na język migowy, <input type="checkbox"/> w nauce, <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> nie potrzebuje.



Upředzona/y o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. informacje są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis
Uczestnika/-czki Projektu

**ŚWIADOMY ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA SKŁADANE FAŁSZYWYCH OŚWIADCZEŃ,
OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. Zapoznałem/zapoznałam się z zapisami Regulaminu projektu i akceptuję jego postanowienia.
2. Zostałem poinformowany, że projekt „Systemowe kształcenie specjalistów i specjalistek ds. dostępności cyfrowej” FERS.03.02-IP.03-0001/24 realizowany jest w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+).
3. Wyrażam zgodę na weryfikację danych zawartych we wszystkich złożonych dokumentach na każdym etapie realizacji Projektu oraz na poddawanie się kontroli, ewaluacji i monitoringowi udzielonego wsparcia, na uczestnictwo w wszelkich badaniach, przeprowadzanych przez Beneficjenta lub podmiot przez niego wskazany oraz inne uprawnione instytucje.
4. Wszystkie informacje podane w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą, jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy.
5. Mój udział w projekcie jest dobrowolny.
6. Nie istnieją przesłanki do udzielenia pomocy de minimis lub pomocy publicznej w związku z moim uczestnictwem w projekcie.
7. Przystąpię do procesu walidacji po ukończeniu szkolenia.
8. W związku z przystąpieniem do projektu zostałem zapoznany z informacjami o przetwarzaniu moich danych osobowych.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis
Uczestnika/-czki Projektu