

DANE UCZESTNIKA INDYWIDUALNEGO OTRZYMUJĄCEGO WSPARCIE W RAMACH PROJEKTU
PROSIMY O UZUPEŁNIENIE PONIŻSZEJ TABELI DRUKOWANYMI LITERAMI!!!

Lp.	NAZWA	
1	KRAJ	
2	RODZAJ UCZESTNIKA	indywidualny
3	GMINA PRZEPROWADZAJĄCA SZKOLENIE	Gmina i Miasto Nowe Skalmierzyce
4	IMIĘ	
5	NAZWISKO	
6	PESEL	
7	PŁEĆ	
8	WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
9	WYKSZTAŁCENIE – POSTAW ZNAK „X” PRZY WŁAŚCIWEJ ODPOWIEDZI	NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE
		PODSTAWOWE
		GIMNAZJALNE
		PONADGIMNAZJALNE
		POLICEALNE
		WYŻSZE
10	WOJEWÓDZTWO	
11	POWIAT	
12	GMINA	
13	MIEJSCOWOŚĆ ZAMIESZKANIA	
14	ULICA	
15	NR BUDYNKU	
16	NR LOKALU	
17	KOD POCZTOWY	
18	TELEFON KONTAKTOWY	
19	ADRES E-MAIL	
20	DATA ROZPOCZĘCIA I ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROJEKCIE**	
21	DATA ROZPOCZĘCIA I ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU WE WSPARCIU**	
22	RODZAJ PRYZNANEGO WSPARCIA	SZKOLENIE
23	OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI	
24	OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI SZKOLENIOWYMI-jeżeli TAK to proszę podać z jakimi potrzebami	

***konieczne jest wypełnienie wszystkich pól!**
****data udziału w projekcie powinna być tożsama z datą udzielonego wsparcia tj. datą udziału w szkoleniu**

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika