

## WZÓR UZUPEŁNIONEGO KWESTIONARIUSZA

### 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	POLSKA
2	Rodzaj uczestnika	UCZESTNIK SZKOLENIA
3	Nazwa instytucji	GMINA DOBRA
4	Imię	JAN
5	Nazwisko	KOWALSKI
6	PESEL	01234567891
7	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input checked="" type="checkbox"/> mężczyzna
8	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	42
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 checked="" type="checkbox"/> wyższe
10	Województwo	MAŁOPOLSKIE
11	Powiat	LIMANOWSKI
12	Gmina	DOBRA
13	Miejscowość	DOBRA
15	Ulica	-



16	Nr budynku	000
17	Nr lokalu	-
18	Kod pocztowy	00-000
19	Telefon kontaktowy	000-000-000
20	Adres e-mail	XXX@xxx.PL
21	Data rozpoczęcia udziału w projekcie (data pierwszego szkolenia)	<b>POZOSTAW PUSTE !!!</b>
22	Data zakończenia udziału w projekcie (data zakończenia szkolenia)	<b>POZOSTAW PUSTE !!!</b>
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	SZKOLENIE
25	Data rozpoczęcia udziału we wsparciu (data pierwszego szkolenia)	<b>POZOSTAW PUSTE !!!</b>
26	Data zakończenia udziału we wsparciu (data zakończenia szkolenia)	<b>POZOSTAW PUSTE !!!</b>
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 checked="" type="checkbox"/> NIE
28	Osoba z niepełnosprawnością ze specjalnymi potrzebami szkoleniowymi	<input type="checkbox"/> TAK ..... <input checked="" type="checkbox"/> NIE

.....  
(miejsowość, data)

-----  
(podpis)