



Załącznik nr 1 do Regulaminu

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
pn. „STOP wykluczeniu cyfrowemu w Powiecie Białobrzeskim”**

1. Dane osoby składającej wniosek

Imię i nazwisko					
Data urodzenia		Miejsce			
PESEL		Wiek			
Płeć		Rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości			
[] M		[] K			
Adres zameldowania					
Rodzaj zameldowania			[] stałe		[] czasowe
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy		Poczta	
Adres zamieszkania (wypełnić jeśli jest inny niż adres zameldowania)					
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy		Poczta	
Dane kontaktowe					
Tel. stacjonarny		Tel. komórkowy			
Adres e-mail					
Oświadczenie o niepełnosprawności (jeśli dotyczy)					
Stoień niepełnosprawności		[] ZNACZNY [] UMIARKOWANY		[] WAŻNE DO	
		[] LEKKI		[] BEZTERMINOWE	
Orzeczenie o niepełnosprawności			[] WAŻNE DO.....		
			[] BEZTERMINOWE		
Rodzaj niepełnosprawności			[] schorzenie narządu ruchu		
			[] schorzenie narządu wzroku		
			[] schorzenie narządu słuchu		
			[] upośledzenie umysłowe		
			[] inne (proszę wpisać jakie).....		



2. DANE DZIECKA ZGŁASZANEGO DO PROJEKTU (jeśli dotyczy)

Imię i nazwisko					
Data urodzenia		Miejsce			
PESEL		Wiek			
Płeć		Siedziba szkoły, do której uczęszcza uczeń			
Rodzaj szkoły do której uczęszcza dziecko		<input type="checkbox"/> podstawowa <input type="checkbox"/> gimnazjum <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalna			
Adres zameldowania					
Rodzaj zameldowania				<input type="checkbox"/> stałe <input type="checkbox"/> czasowe	
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy		Poczta	
Adres zamieszkania (wypełnić jeśli jest inny niż adres zameldowania)					
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy		Poczta	
Oświadczenie o niepełnosprawności (jeśli dotyczy)					
Stopień niepełnosprawności		<input type="checkbox"/> ZNACZNY <input type="checkbox"/> UMIARKOWANY <input type="checkbox"/> LEKKI		<input type="checkbox"/> WAŻNE DO <input type="checkbox"/> BEZTERMINOWE	
Orzeczenie o niepełnosprawności		<input type="checkbox"/> WAŻNE DO..... <input type="checkbox"/> BEZTERMINOWE			
Rodzaj niepełnosprawności		<input type="checkbox"/> schorzenie narządu ruchu <input type="checkbox"/> schorzenie narządu wzroku <input type="checkbox"/> schorzenie narządu słuchu <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> inne (proszę wpisać jakie).....			

Oświadczenia:

- Świadomy(a) odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że wszystkie dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.
- Oświadczam, że w moim gospodarstwie domowym nie ma komputera i nie ma dostępu do Internetu.
- Oświadczam, iż zapoznałem(am) się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „**STOP wykluczeniu cyfrowemu w Powiecie Białobrzeskim**”, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do jego przestrzegania.



4. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że niniejszy Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka.
5. Zobowiązuję się do przedłożenia wszelkich informacji, dokumentów oraz oświadczeń niezbędnych do prawidłowej realizacji projektu.
6. Wyrażam zgodę na bezpłatne zamontowanie na budynku zestawu do odbioru Internetu.
7. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie deklaracji uczestnictwa oraz formularza zgłoszeniowego nie jest jednoznaczne z przyjęciem mnie do Projektu.
8. Przyjmuję do wiadomości, że decyzja Komisji Rekrutacyjnej jest ostateczna i nie służy od niej odwołanie.
9. Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997r., (Dz.U. Nr 133 poz. 883 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb procesu rekrutacji, realizacji, ewaluacji, monitoringu i sprawozdawczości projektu „**STOP wykluczeniu cyfrowemu w Powiecie Białobrzeskim**”, realizowanego przez Powiat Białobrzeski w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka. Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do przetwarzanych przez realizatorów projektu moich danych osobowych wraz z prawem do żądania ich zmian, uzupełnienia lub usunięcia.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)*

Uwaga: