



Dotacje na innowacje. Inwestujemy w Waszą przyszłość
*Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach
Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka*

Pieczęć wpływu na Kancelarię Ogólną:

Formularz zgłoszeniowy

Projekt „Internet oknem na świat dla mieszkańców Powiatu Zwoleńskiego”

Informacje o uczestniku

DANE OSOBOWE

NAZWISKO I IMIĘ			
DATA URODZENIA		MIEJSCE URODZENIA	
PESEL			
WIEK		PŁEĆ	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
DOKUMENT TOŻSAMOŚCI	nazwa	seria	nr
WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe

ADRES ZAMIESZKANIA

ULICA		NR DOMU		NR LOKALU	
MIEJSCOWOŚĆ		KOD POCZTOWY		POCZTA	
POWIAT		WOJEWÓDZTWO			

DANE KONTAKTOWE

TEL. STACJONARNY		TEL. KOMÓRKOWY	
E-MAIL			

UZASADNIENIE UDZIAŁU W PROJEKCIE (krótkie uzasadnienie potrzeby udziału w projekcie)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Ja niżej podpisany(a) zamieszkały(a)
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

L.p.	Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Wiek	Czy pobiera naukę (tak/nie)	Średni miesięczny dochód netto*
Dane dotyczące uczestnika:						
1.						
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego:						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Oświadczam, że wysokość średniego miesięcznego dochodu netto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym¹ – wyliczona za ostatni miesiąc poprzedzający miesiąc złożenia formularza zgłoszeniowego – wynosizł (słownie złotych:.....).

¹ Przeciętny miesięczny dochód netto = łączny dochód netto/ liczba osób w gospodarstwie domowym

OŚWIADCZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI – jeśli dotyczy

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)

ZNACZNY

UMIARKOWANY

LEKKI

orzeczenie ważne do.....

Bezterminowe

ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Ważne do

Bezterminowe

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)

schorzenie narządu ruchu

upośledzenie umysłowe

schorzenie narządu wzroku

inne

schorzenie narządu słuchu

(proszę wpisać jakie inne.....)

Załączniki do wniosku:

- dokumenty potwierdzające uzyskany dochód,
- dokument potwierdzający uzyskaną średnią ocen za rok szkolny 2012/2013,
- dokument potwierdzający stopień niepełnosprawności

OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA:

1. Oświadczam, że nie brałam/em udziału w projekcie z Działania 8.3 współfinansowanego w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka.
2. Świadomy/a odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że wszystkie dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.
3. Zobowiązuję się do przedłożenia wszelkich informacji, dokumentów oraz oświadczeń niezbędnych do prawidłowej realizacji projektu.
4. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowany/poinformowana, że niniejszy projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka.
5. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest jednoznaczne z przyjęciem mnie do projektu.
6. Zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997r. (Dz. U. nr 133 poz. 863 z późn. zm), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb procesu rekrutacji, realizacji i ewaluacji projektu. Zostałam/zostałem poinformowany/poinformowana o prawie dostępu do przetwarzanych przez realizatorów projektu moich danych osobowych wraz z prawem do żądania ich zmian, uzupełnienia lub usunięcia.
7. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Regulaminem rekrutacji Beneficjentów Ostatecznych do projektu „Internet oknem na świat dla mieszkańców Powiatu Zwoleńskiego”

.....

data i podpis Beneficjenta

WYPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA WNIOSEK:

Beneficjent spełnia warunki określone w Regulaminie rekrutacji: TAK NIE

Formularz został sprawdzony pod względem formalnym i merytorycznym w dniu

Do formularza zgłoszeniowego dołączono załączniki (liczba):

.....

data i podpis osoby przyjmującej wniosek