



Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka  
„Dotacje na Innowacje” „Inwestujemy w Waszą przyszłość”

Załącznik nr 2 do Regulaminu

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

### „Przeciwdziałanie wykluczeniu cyfrowemu mieszkańców Gminy Barciany”

#### 1. DANE SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

|                                       |  |   |  |           |  |
|---------------------------------------|--|---|--|-----------|--|
| Imię i nazwisko                       |  |   |  |           |  |
| Data urodzenia                        |  | Miejsce urodzenia   |  |           |  |
| PESEL                                 |  | Wiek  |  |           |  |
| Płeć                                  | <input type="checkbox"/> K<br><input type="checkbox"/> M | Rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości                         |  |           |  |
| <b>Adres zameldowania</b>             |  |   |  |           |  |
| Rodzaj zameldowania                   |  | <input type="checkbox"/> stałe <input type="checkbox"/> czasowe |  |           |  |
| Ulica                                 |  | Nr domu   |  | Nr lokalu |  |
| Miejscowość                           |  | Kod pocztowy  |  | Poczta    |  |
| <b>Adres zamieszkania<sup>1</sup></b> |  |   |  |           |  |
| Ulica                                 |  | Nr domu   |  | Nr lokalu |  |
| Miejscowość                           |  | Kod pocztowy  |  | Poczta    |  |
| <b>Dane kontaktowe</b>                |  |   |  |           |  |
| Tel. stacjonarny                      |  | Tel. komórkowy  |  |           |  |



Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka  
„Dotacje na Innowacje” „Inwestujemy w Waszą przyszłość”

|   |  |
|---|--|
| Adres e-mail                                    |  |
| <b>Krótkie uzasadnienie udziału w projekcie</b> |  |
|   |  |

**2. DANE DZIECKA ZGŁASZANEGO DO PROJEKTU**

|                                   |   |  |  |           |  |
|-----------------------------------|---|--|--|-----------|--|
| Imię i nazwisko                   |   |  |  |           |  |
| Data urodzenia                    |   | Miejsce                                    |  |           |  |
| PESEL                             |   | Wiek                                       |  |           |  |
| Płeć                              | <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M   | Siedziba szkoły, do której uczęszcza uczeń |  |           |  |
| Rodzaj szkoły do której uczęszcza | <input type="checkbox"/> podstawowa <input type="checkbox"/> gimnazjum<br><input type="checkbox"/> ponadgimnazjalna |  |  |           |  |
| <b>Adres zameldowania dziecka</b> |   |  |  |           |  |
| Rodzaj zameldowania               | <input type="checkbox"/> stałe <input type="checkbox"/> czasowe   |  |  |           |  |
| Ulica                             |   | Nr domu                                    |  | Nr lokalu |  |
| Miejscowość                       |   | Kod pocztowy                               |  | Poczta    |  |



Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka  
„Dotacje na Innowacje” „Inwestujemy w Waszą przyszłość”

| Adres zamieszkania <sup>1</sup>                |   |              |  |           |  |
|--|---|--------------|--|-----------|--|
| Ulica  |   | Nr domu      |  | Nr lokalu |  |
| Miejscowość                                    |   | Kod pocztowy |  | Poczta    |  |
| Oświadczenie o niepełnosprawności <sup>2</sup> |   |              |  |           |  |
| Stopień niepełnosprawności                     | <input type="checkbox"/> ZNACZNY <input type="checkbox"/> UMIARKOWANY <input type="checkbox"/> LEKKI  |              |  |           |  |
| Orzeczenie o niepełnosprawności                | <input type="checkbox"/> WAŻNE DO .....<br><input type="checkbox"/> BEZTERMINOWE  |              |  |           |  |
| Rodzaj niepełnosprawności                      | <input type="checkbox"/> schorzenie narządu ruchu <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe<br><input type="checkbox"/> schorzenie narządu wzroku <input type="checkbox"/> inne (proszę wpisać jakie)<br>.....<br><input type="checkbox"/> schorzenie narządu słuchu |              |  |           |  |

**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 „Przeciwdziałanie wykluczeniu cyfrowemu mieszkańców Gminy Barciany”, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
- 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.
- Zobowiązuję się do przedłożenia wszelkich informacji, dokumentów oraz oświadczeń niezbędnych do prawidłowej realizacji projektu.
- Wyrażam zgodę na bezpłatne zamontowanie zestawu komputerowego i zestawu do odbioru Internetu.
- Przyjmuję do wiadomości, że złożenie Deklaracji Uczestnictwa oraz Formularza Zgłoszeniowego nie jest jednoznaczne z przyjęciem mnie do Projektu.**
- Przyjmuję do wiadomości, że decyzja Komisji Rekrutacyjnej jest ostateczna i nie służy od niej odwołanie.
- 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 „Przeciwdziałanie wykluczeniu cyfrowemu mieszkańców Gminy Barciany” realizowanego przez Gminę Barciany w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka.



**INNOWACYJNA GOSPODARKA**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI FUNDUSZ  
ROZWOJU REGIONALNEGO



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

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.

.....  
/miejsowość, data/

.....  
/czytelny podpis Wnioskodawcy/\*

<sup>1</sup> wypełnić tylko w przypadku gdy jest inny niż adres zameldowania

<sup>2</sup> wypełnić jeśli dotyczy (jeśli dotyczy należy załączyć kserokopię orzeczenia)

<sup>3</sup> niepotrzebne skreślić

**Uwaga: do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego Wnioskodawcy**