



ZAKRES DANYCH PRZEKAZYWANYCH DO SYSTEMU PEFS

Podsystem Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego

UWAGA: Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól w poniższym formularzu.

1. DANE OSOBOWE UCZESTNIKA

| | | | |
|--|--|--|------------------------------|
| 1. DANE OSOBOWE UCZESTNIKA | | | |
| IMIĘ (IMIONA): | | NAZWISKO: | |
| PESEL: | | | |
| 2. ADRES ZAMIESZKANIA | | | |
| ULICA: | | | |
| NR DOMU/ LOKALU: | | KOD POCZTOWY: | |
| MIEJSCOWOŚĆ: | | POWIAT: | |
| OBSZAR: | <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski | WOJEWÓDZTWO: | |
| 3. DANE KONTAKTOWE | | | |
| TEL. STACJONARNY: | | TELEFON KOMÓRKOWY: | |
| ADRES E-MAIL: | | | |
| 4. DANE DODATKOWE | | | |
| WYKSZTAŁCENIE | <input type="checkbox"/> podstawowe | <input type="checkbox"/> brak | |
| | <input type="checkbox"/> gimnazjalne | <input type="checkbox"/> ponad gimnazjalne | |
| | <input type="checkbox"/> policealne/ pomaturalne | <input type="checkbox"/> wyższe | |
| OPIEKA NAD DZIEĆMI DO LAT 7 LUB OPIEKA NAD OSOBĄ ZALEŻNĄ | | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| POSIADANE ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI | | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

ciąg dalszy na następnej stronie

www.ozewortal.pl

„Upowszechnienie badań na temat odnawialnych źródeł energii oraz wsparcie ochrona własności intelektualnej z tego obszaru”

Działanie 4.2 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki –

„Rozwój kwalifikacji kadr systemu B + R i wzrost świadomości roli nauki w rozwoju gospodarczym”

EKSPERT-SITR Spółka z o.o.
ul. Jana z Kolna 38, 75-204 Koszalin
tel./fax +48 94 342 25 81, 94 342 39 13
sitr.koszalin@ekspert-sitr.pl



2. DANE INSTYTUCJI, W KTÓREJ ZATRUDNIONY JEST UCZESTNIK

| 1. DANE INSTYTUCJI | | | |
|---|--|---------------|--|
| NAZWA INSTYTUCJI: | | | |
| NIP: | | REGON: | |
| 2. ADRES | | | |
| ULICA: | | | |
| NR BUD./ NR LOKALU: | | KOD POCZTOWY: | |
| MIEJSCOWOŚĆ: | | POWIAT: | |
| OBSZAR: | <input type="checkbox"/> MIEJSKI <input type="checkbox"/> WIEJSKI | WOJEWÓDZTWO: | |
| 3. DANE KONTAKTOWE | | | |
| TEL. KONTAKTOWY: | | | |
| ADRES E-MAIL: | | | |
| 4. TYP INSTYTUCJI | | | |
| <input type="checkbox"/> uczelnia | | | |
| <input type="checkbox"/> jednostka naukowo-badawcza | | | |
| <input type="checkbox"/> jednostka administracji rządowej | | | |
| <input type="checkbox"/> Państwowa Komisja Akredytacyjna | | | |
| <input type="checkbox"/> Rada Główna Szkolnictwa Wyższego | | | |
| <input type="checkbox"/> inna | | | |

.....
Data i czytelny podpis uczestnika