



Tytuł Projektu	„Czas rozwinąć skrzydła - wzmacniamy i wspieramy rozwój uczniów!”
Nr Projektu	FESL.06.01-IZ.01-0162/23
Priorytet	FESL.06.00-Fundusze Europejskie dla edukacji
Działanie	FESL.06.02-Kształcenie ogólne
Beneficjent	Gmina Zbroslawice
Podmiot Realizujący	Szkoła Podstawowa w Zbroslawicach

DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU

FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, A POLA WYBORU ZAZNACZYĆ "X".

Nazwisko	
Imię/Imiona	
Data urodzenia	
PESEL	
Obywatelstwo	
Płeć	☐ kobieta ☐ mężczyzna
Wykształcenie	☐ średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2) ☐ ponadgimnazjalne (ISCED 3) ☐ policealne (ISCED 4) ☐ wyższe (ISCED 5–8)
Dane Kontaktowe:	
Kraj	
Województwo	

Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Nr budynku	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	☐ miejski ☐ wiejski
Telefon kontaktowy do uczestnika/uczestniczki	
E-mail do uczestnika/uczestniczki	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej	☐ tak ☐ nie
Osoba obcego pochodzenia, cudzoziemiec	☐ tak ☐ nie
Osoba z krajów trzecich (spoza UE)	☐ tak ☐ nie
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ tak ☐ nie
Osoba z niepełnosprawnościami	☐ tak ☐ nie

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU:

Świadomy/a odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Biura Projektu o wszelkich zmianach ww. danych.

.....
miejscowość i data

.....
podpis Uczestnika/Uczestniczki
projektu