**ZAŁĄCZNIK 1**

**KWESTIONARIUSZ**

**OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO PROJEKTU**

*e-MISJA – rozwój kompetencji cyfrowych mieszkańców województwa lubelskiego
i podkarpackiego*

w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa
nr 3 „Cyfrowe kompetencje społeczeństwa” Działanie nr 3.1 „Działania szkoleniowe na rzecz rozwoju kompetencji cyfrowych”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa modułu szkoleniowego** |  |
| 1 | Tytuł projektu |  |
| 2 | Nazwa instytucji realizującej mikroprojekt |  |
| 3 | Imię |  |
| 4 | Nazwisko |  |
| 5 | PESEL |  |
| 6 | Płeć | * kobieta
* mężczyzna
 |
| 7 | Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| 8 | Wykształcenie | * niższe niż podstawowe
* podstawowe
* gimnazjalne
* ponadgimnazjalne
* policealne
* wyższe
 |
| 9 | Województwo  |  |
| 10 | Powiat |  |
| 11 | Gmina |  |
| 12 | Miejscowość |  |
| 13 | Ulica |  |
| 14 | Nr budynku |  |
| 15 | Nr lokalu |  |
| 16 | Kod pocztowy |  |
| 17 | Telefon kontaktowy |  |
| 18 | Adres e-mail |  |
| 19 | Data rozpoczęcia udziału w projekcie (data pierwszego szkolenia) |  |
| 20 | Data zakończenia udziału w projekcie (data zakończenia szkolenia) |  |
| 21 | Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa | * TAK
* NIE

*Wybierz „Tak” - jeśli uczestnik zakończył udział w projekcie zgodnie z zaplanowana ścieżką uczestnictwa* |
| 22 | Osoba z niepełnosprawnością | * TAK *(Prosimy o wypełnienie załącznika nr 3 oraz okazanie dokumentu potwierdzającego orzeczenie o niepełnosprawności pracownikowi projektu odpowiedzialnemu za rekrutację)*
* NIE
 |
| 23 | Osoba z niepełnosprawnością ze specjalnymi potrzebami szkoleniowymi | * TAK
* NIE
 |

……………………………………………………… ----------------------------------------------

(miejscowość, data) (podpis)