



DOLNOŚLĄSKI OŚRODEK POLITYKI SPOŁECZNEJ

DZIAŁ FUNDUSZY UNIJNYCH

DEKLARACJA UCZESTNICTWA w „Projekcie systemowym DOPS w zakresie podnoszenia kwalifikacji kadr pomocy i integracji społecznej”

Nazwa szkolenia	
Termin szkolenia	

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI

	Lp.	Nazwa	Opis		
Dane pracodawcy	1.	Nazwa instytucji/organizacji			
	2.	Adres:			
	3.	Adres e-mail:			
Dane uczestnika	4.	Imię (imiona):			
	5.	Nazwisko:			
	6.	Płeć: ¹	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	
	7.	Wiek w chwili przystępowania do projektu:			
	8.	PESEL:			
	9.	Wykształcenie: ¹	<input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Pomaturalne <input type="checkbox"/> Wyższe	
	10.	Zatrudniony w (status na rynku pracy): ¹	<input type="checkbox"/> Administracja publiczna <input type="checkbox"/> Organizacja pozarządowa <input type="checkbox"/> Wolontariat <input type="checkbox"/> Inne (jakie)		
	11.	Zajmowane stanowisko			
	Adres zamieszkania	12.	Ulica:		
		13.	Nr domu:		
14.		Nr lokalu:			
15.		Miejscowość:			
16.		Obszar: ¹	<input type="checkbox"/> miejski	<input type="checkbox"/> wiejski	
17.		Kod pocztowy:			
18.		Województwo:			
19.		Powiat:			
20.		Telefon stacjonarny:			
21.		Telefon komórkowy:			
22.		Adres poczty elektronicznej (e-mail):			

¹ Proszę wstawić X w odpowiednie pole

.....
(data)

.....
(podpis uczestnika)

ul. Ostrowskiego 7, 53-238 Wrocław
tel. 71 770-42-28, fax. 71 770-42-30
dops@dops.wroc.pl
www.dops.wroc.pl



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

