ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA

**w *spotkaniu* dotyczącym naboru wniosków o dofinansowanie projektów konkursowych   
w ramach Działania 8.8** *Wsparcie szkół i placówek prowadzących kształcenie zawodowe oraz uczniów uczestniczących w kształceniu zawodowym i osób dorosłych uczestniczących w pozaszkolnych formach kształcenia zawodowego w ramach Strategii ZIT dla Koszalińsko – Kołobrzesko – Białogardzkiego Obszaru Funkcjonalnego*

**Numer naboru: RPZP.08.08.00-IP.02-32-K13/16.**

**Miejsce spotkania:**

**Koszalin**, dnia 28 września 2016r., w godz.11.00 – 13.00

## Potwierdzam swoje uczestnictwo

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Instytucja |  | Telefon |
|  |  |  |
| Adres do korespondencji |  | E-mail |
|  |
|

|  |
| --- |
| **W skali od 1 do 5, jak ocenia Pan/Pani swój poziom wiedzy w zakresie tematu spotkania?**  gdzie: 1- słabo, 5- bardzo dobrze  **1 2 3 4 5** |

|  |
| --- |
| **Jestem osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim.**  **Tak Nie** |

|  |
| --- |
| **Czy ma Pan/Pani specjalne potrzeby związane z uczestnictwem w spotkaniu?**  **………………………………………………………………………………………………………………….** |
| **Czy ma Pan/Pani pytania / kwestie problemowe, które powinny zostać poruszone w trakcie spotkania? Jeśli tak, proszę wskazać je poniżej.**  ***………………………………………………………………………………………………………………..…….***  ***………………………………………………………………………………………………………………..…....***  **………………………………………………………………………………………………………………..……**  **…………………………………………………………………………………………………………………..…**  **…………………………………………………………………………………………………………………..…**  **………………………………………………………………………………………………………………….….**  **……………………………………………………………………………………………………………………..**  **……………………………………………………………………………………………………………………..**  **……………………………………………………………………………………………………………………..**  **………………………………………………………………………………………………………………………** |

|  |
| --- |
| **Czy jest Pan/Pani zainteresowany/a udziałem w spotkaniu dot. obsługi technicznej generatora wniosków aplikacyjnych LSI 2014?**  **Tak  Nie** |

*Wysyłając formularz zgłoszenia kandydat zobowiązuje się do pełnego uczestnictwa w szkoleniu w pełnym wymiarze godzin.*

|  |
| --- |
| Podpis |

*Prosimy o wypełnienie zgłoszenia* ***DRUKOWANYMI LITERAMI*** *i przesłanie zeskanowanego zgłoszenia   
do dnia* ***23 września 2016 r.*** ***do godz. 14.00,*** *na adres e-mail:* [**alicja\_giszczak@wup.pl**](mailto:alicja_giszczak@wup.pl)***.*** Przesłanie wypełnionego formularza nie jest jednoznaczne z przyjęciem zgłoszenia, decyduje kolejność zgłoszeń. Liczba miejsc ograniczona.

W sprawach organizacyjnych, związanych ze spotkaniem, prosimy kontaktować się telefonicznie   
z p. Alicją Giszczak, pracownikiem Biura Informacji i Promocji EFS w Koszalinie, pod numerem telefonu (94) 34 45 026.