ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA

**w *spotkaniu* dotyczącym naboru wniosków o dofinansowanie projektów konkursowych
w ramach Działania 8.3** Wsparcie szkół i placówek prowadzących kształcenie ogólne oraz uczniów uczestniczących w kształceniu podstawowym, gimnazjalnym i ponadgimnazjalnym w ramach Strategii ZIT dla **Szczecińskiego Obszaru Metropolitalnego** Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014 – 2020 -**Konkurs nr**  **RPZP.08.03.00-IP.02-32-K04/16.**

**.**

**Miejsce spotkania:**

**Szczecin,** dnia 21 kwietnia 2016 r., 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 maPan/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* ***18 kwietnia2016 r.******do godz. 10.00,****na adres e-mail:* ***pawel\_kedzior@wup.pl.*** Przesłanie wypełnionego formularza nie jest jednoznaczne z przyjęciem zgłoszenia, decyduje kolejność zgłoszeń. Liczba miejsc ograniczona.

*W przypadku pytań dotyczących spotkania prosimy kontaktować się telefonicznie z Biurem Informacji
i Promocji EFS w Szczecinie,pod numerem telefonu* ***(91) 42 56 163/164****.*