



Załącznik nr 1 do Regulaminu

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Tytuł projektu: „**Opracowanie i pilotaż aktywnych metod pracy nauczyciela z uczniem opartych na metodzie badawczej**”

Nr projektu: **POKL.03.03.03-00-001/13**

Ja, niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, że deklaruję swój udział w projekcie pn. „Opracowanie i pilotaż aktywnych metod pracy nauczyciela z uczniem opartych na metodzie badawczej” realizowanym przez Centrum Nauki Kopernik w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki oraz oświadczam, że:

- Zapoznałem/-am się z Regulaminem uczestnictwa w Warsztatach,
- Spełniam warunki kwalifikowalności określone w Regulaminie uprawniające mnie do udziału w projekcie,
- Zostałem/-am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu przez Unie Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
- Odpowiedzialność za podanie danych niezgodnych z rzeczywistością jest mi znana.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU, KTÓRY OTRZUMUJE WSPARCIE W RAMACH EFS

1	Imię (imiona)		
2	Nazwisko		
3	PESEL		
4	Wykształcenie	Brak (<i>Brak formalnego wykształcenia</i>)	<input type="checkbox"/>
		Podstawowe (<i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej</i>)	<input type="checkbox"/>
		Gimnazjalne (<i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej</i>)	<input type="checkbox"/>
		Ponadgimnazjalne (<i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)</i>)	<input type="checkbox"/>
		Pomaturalne (<i>Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</i>)	<input type="checkbox"/>

Projekt „Opracowanie i pilotaż aktywnych metod pracy nauczyciela z uczniem opartych na metodzie badawczej” współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



		Wyższe (<i>Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym</i>)	<input type="checkbox"/>
5	Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną	TAK	<input type="checkbox"/>
		NIE	<input type="checkbox"/>
6	Ulica		
7	Nr domu		
8	Nr lokalu		
9	Miejscowość		
9	Obszar	MIEJSKI <input type="checkbox"/>	WIEJSKI <input type="checkbox"/>
11	Kod pocztowy		
12	Województwo		
13	Powiat		
14	Telefon stacjonarny		
15	Telefon komórkowy		
16	Adres poczty elektronicznej (e-mail)		

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU