



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

| Informacje o projekcie                                    |   |
|---|---|
| Numer umowy   | RPPD.03.03.01-20-0253/19-00   |
| Nazwa beneficjenta  | PROTINUS Ośrodek Szkoleniowo-Badawczy w Białymstoku/Zespół Szkół Zawodowych w Hajnówce  |
| Tytuł projektu  | „Praktycy”  |
| Okres realizacji projektu                                 | 01.09.2021 – 31.10.2023   |
| Dane instytucji otrzymujących wsparcie - dane podstawowe  |   |
| Kraj  | Polska  |
| Nazwa instytucji  | PROTINUS Ośrodek Szkoleniowo-Badawczy w Białymstoku/ Zespół Szkół Zawodowych w Hajnówce |
| NIP   | 5431757590  |
| Typ instytucji  | Technikum   |
| Dane instytucji otrzymującej wsparcie - dane teleadresowe |   |
| Województwo   | Podlaskie   |
| Powiat  | Hajnowski   |
| Gmina   | Hajnówka  |
| Miejscowość   | Hajnówka  |
| Ulica   | 3-go Maja   |
| Nr budynku  | 25  |
| Nr lokalu   | -   |
| Kod pocztowy  | 17-200  |
| Telefon kontaktowy  | +48 85 682 20 71  |
| Adres e-mail  | zsz_hajnówka@op.pl  |
| Dane uczestnika otrzymującego wsparcie                    |   |
| Kraj  | Polska  |
| Nazwa instytucji  | PROTINUS Ośrodek Szkoleniowo-Badawczy w Białymstoku/ Zespół Szkół Zawodowych w Hajnówce |
| Rodzaj uczestnika   | Indywidualny  |
| Imię i Nazwisko   |   |
| PESEL   |   |
| Wykształcenie   | Gimnazjalne/Podstawowe  |
| Dane kontaktowe uczestnika                                |   |
| Województwo   | Podlaskie   |
| Powiat  |   |
| Gmina   |   |
| Miejscowość   |   |
| Ulica   |   |
| Nr budynku  |   |
| Nr lokalu   |   |



|  |   |
|--|---|
| Kod pocztowy   |   |
| Telefon kontaktowy   |   |
| Adres e-mail   |   |
| <b>Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu</b>                              |   |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | <input type="radio"/> TAK<br><input type="radio"/> NIE<br><input type="radio"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań                          | <input type="radio"/> TAK<br><input type="radio"/> NIE  |
| Osoba z niepełnosprawnościami  | <input type="radio"/> TAK<br><input type="radio"/> NIE<br><input type="radio"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)            | <input type="radio"/> TAK<br><input type="radio"/> NIE<br><input type="radio"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI |

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis  
Ucznia/Uczennicy

.....  
czytelny podpis  
Rodzica/ Prawnego opiekuna