**FORMULARZ KONTAKTOWY**

**do projektu „MASZ UMIEJĘTNOŚCI - zdobądź certyfikat”**  
realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, Oś priorytetowa VIII Edukacja, Działanie 8.6

|  |  |
| --- | --- |
| **Beneficjent** | Pomorska Akademia Kształcenia Zawodowego Sp. z o.o. |
| **Partner** | Zachodniopomorska Izba Rzemiosła i Przedsiębiorczości w Szczecinie |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA KANDYDAT/-KA NA UCZESTNIKA/-CZKĘ PROJEKTU** | | |
| **Dane podstawowe** | | |
| 1. Imię |  | |
| 1. Nazwisko |  | |
| 1. Płeć (zaznaczyć **x**) | Kobieta | Mężczyzna |
| 1. PESEL |  | |
| 1. Wykształcenie (zaznaczyć **x**) | brak  podstawowe  gimnazjalne  ponadgimnazjalnew tym: ogólnokształcące  policealne  wyższe | |
| 1. Zawód |  | |
| **Dane kontaktowe:** | | |
| 1. Nr telefonu |  | |
| 1. Adres e-mail |  | |
| **Jestem zainteresowana/y egzaminem:** | | |
| 1. czeladniczym\* zaznaczyć właściwe | fryzjer  kucharz  kelner  florysta  inne ……………………………………………………………. | |
| 1. mistrzowskim\* zaznaczyć właściwe | fryzjer  kucharz  kelner  florysta  inne ……………………………………………………………. | |

|  |
| --- |
| *Czytelny podpis Kandydata/-tki na Uczestnika/-czkę projektu* |