**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* |