



REZYGNACJA Z UCZESTNICTWA W PROJEKCIE PN.

„Podniesienie kompetencji zawodowych uczniów i nauczycieli poprzez rozwój Centrum Kompetencji Zawodowych w branży E – Elektryczno – Elektronicznej przy Zespole Szkół w Dobczycach”

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa Wiedza i kompetencje Działanie 10.2, Poddziałanie 10.2.2

Prosimy o czytelne wypełnienie formularza.

I. Dane nauczyciela biorącego udział w projekcie:

DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI												
Imię												
Nazwisko												
PESEL	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <input type="checkbox"/> brak pesel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
DANE KONTAKTOWE												
Telefon kontaktowy												
Adres e-mail												

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że z dniem rezygnuję z udziału w:

w kursie
(nazwa kursu - formy wsparcia)

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika / uczestniczki projektu