**Instytucja:** Zespół Szkół Technicznych w Słupsku

**Tytuł projektu:** "Szkoła równych szans"

**Numer projektu:** 2016-1-PL01-KA219-026116

**DANE BENEFICJENTA PROJEKTU "SZKOŁA RÓWNYCH SZANS"**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko** |  |
| **Imiona** |  |
| **Pesel** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Miejsce urodzenia** |  |
| **Numer dowodu osobistego/****paszportu** |  |
| **Adres*** **miejscowość**
 |  |
| * **ulica, nr domu i mieszkania**
 |  |
| * **kod pocztowy**
 |  |
| * **powiat**
 |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Adres mailowy** |  |
| **Orzeczenie o niepełnosprawności** |  |
| **Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego** |  |

*Uprzedzony/na o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam, że dane podane w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym*.

...................................... ..............................................

 *(miejscowość, data) (podpis ucznia)*