*Uwaga: nieprawidłowo uzupełniony formularz zgłoszeniowy lub niezawierający wszystkich niezbędnych informacji pozostanie bez rozpatrzenia!*

**Po uzupełnieniu formularza zgłoszeniowego należy zapisać go w wersji edytowalnej lub w formacie PDF i przesłać na adres poczty elektronicznej: karolina.brzozowska@klimat.gov.pl.**

**Formularz zgłoszeniowy**

**Tytuł szkolenia:** „Obsługa systemu CST 2021” – szkolenie dla beneficjentów programu FEnIKS 2021-2027 i FEPW 2021-2027

**Miejsce szkolenia:** Szkolenie w formie on-line

|  |
| --- |
| 1. **Data szkolenia\*** *(pole obowiązkowe)***:**

[ ]  I edycja: 16 i 17 maja 2024 r.[ ]  II edycja: 5 i 6 czerwca 2024 r.[ ]  III edycja: 7 i 10 czerwca 2024 r.[ ]  IV edycja: 11 i 12 czerwca 2024 r.[ ]  V edycja: 13 i 14 czerwca 2024 r.[ ]  VI edycja: 25 i 26 czerwca 2024 r.[ ]  VII edycja: 27 i 28 czerwca 2024 r.\*Ilość miejsc na każdą edycję szkolenia jest ograniczona. O zakwalifikowaniu na dany termin decyduje kolejność zgłoszeń.W przypadku zgłoszenia mniejszej ilości osób niż wymagana na którąkolwiek edycję szkolenia, jej termin może ulec zmianie lub edycja szkolenia może zostać odwołana. |
| 1. **Działanie** *(pole obowiązkowe)***:**

[ ]  FENX.01.01[ ]  FENX.01.02[ ]  FENX.01.03[ ]  FENX.01.04[ ]  FENX.01.05[ ]  FENX.02.01[ ]  FENX.02.02[ ]  FENX.02.03[ ]  FENX.02.04[ ]  FENX.02.05☐ FEPW.02.01☐ FEPW.02.02☐ FEPW.02.03 |
| 1. **Nazwisko i imię** *(pole obowiązkowe)***:**

………………………………………………. |
| 1. **Firma/instytucja** *(pole obowiązkowe)***:**

………………………………………………. |
| 1. **Numer telefonu** *(pole obowiązkowe)***:**

………………………………………………. |
| 1. **Adres e-mail** *(pole obowiązkowe)***:**

………………………………………………. |

1. **Jakie dodatkowe zagadnienia (nieuwzględnione w programie szkolenia, ale związane z tematyką) Pani/Pana zdaniem powinny zostać poruszone podczas szkolenia?** *(pole nieobowiązkowe)*

|  |
| --- |
|  |

1. **Jakie zagadnienia związane z tematyką szkolenia sprawiają Pani/Panu największe trudności?***(pole nieobowiązkowe)*

|  |
| --- |
|  |

1. **W przypadku osób z niepełnosprawnościami, proszę określić potrzeby związane z udziałem w szkoleniu** *(pole nieobowiązkowe):*

|  |
| --- |
|  |