



ANKIETA DOTYCZĄCA SZCZEGÓLNYCH POTRZEB OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

W RAMACH PROJEKTU

„Transformacja Zawodowa - program outplacementowy” nr FESL.10.19-IP.02-0C98/24

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	

Czy w związku z posiadaną niepełnosprawnością zgłasza Pan/i szczególne potrzeby w celu ułatwienia dostępności uczestnictwa w projekcie?

☐ TAK

☐ NIE

Proszę o wskazanie szczególnych potrzeb wynikających z posiadanej niepełnosprawności:

☐ tłumacz polskiego języka migowego (PJM)

☐ pętla indukcyjna

☐ powiększony tekst

☐ wsparcie asystenta: osoby niewidomej, osoby głuchoniewidomej, osoby z niepełnosprawnością ruchową

☐ sale dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

☐ inne, jakie?

.....

.....

.....
Data

.....
Czytelny podpis kandydata / uczestnika projektu ¹

¹ Podpis musi pozwalać na jednoznaczną identyfikację osoby, która go złożyła tj. zawierać możliwe do odczytania nazwisko osoby składającej podpis. Podpis musi być złożony własnoręcznie w oryginale, a nie za pomocą reprodukcji (faksymile) w formie pieczęci bądź wydruku pliku graficznego.