



ANKIETA DOTYCZĄCA SZCZEGÓLNYCH POTRZEB OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

W RAMACH PROJEKTU
„Zmiana na lepsze - program outplacementowy” nr FESL.05.16-IP.02-0C9A/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.