



ANKIETA DOTYCZĄCA SZCZEGÓLNYCH POTRZEB OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

W RAMACH PROJEKTU
„Twoja Droga do Sukcesu” nr FESL.05.04-IP.02-0807/23

Imię i nazwisko	
PESEL	

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.