



ANKIETA DOSTĘPNOŚCI - DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI/SPECJALNYMI POTRZEBAMI

Imię (imiona)	
Nazwisko/Nazwiska	
Jestem osobą z niepełnosprawnością (posiadam orzeczenie o niepełnosprawności)	☐ tak ☐ nie

ANKIETA DOSTĘPNOŚCI - DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI	
Rodzaj potrzeby	Proszę opisać potrzebę
Dostosowanie przestrzeni z uwagi na ograniczenia ruchowe:	
Zapewnienie specjalistycznej formy materiałów projektowych/szkoleniowych:	
Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie:	
Zapewnienie tłumacza języka migowego:	
Dostosowanie czasu/zwolnienie tempa ze względu na konieczność tłumaczenia na język migowy:	
Wydłużony/adekwatny czas wsparcia:	
Umożliwienie powrotu do przekazywania treści	
Umożliwienie dostosowania godz. zajęć do potrzeb UP:	
Zapewnienie asystenta osobie z niepełnosprawnością	
Inne:	

Do niniejszego formularza należy dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności.

Oświadczam, że informacje przekazane w niniejszym formularzu i w załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Kandydatki/Kandydata na Uczestnika Projektu

Uzupełnia organizator:

<i>Weryfikacja spełnienia warunków OzN</i>	☐ tak ☐ nie
<i>Przyznano dodatkowe 2 punkty w rekrutacji</i>	☐ tak ☐ nie
<i>Podpis osoby weryfikującej formularz:</i>	