



**ANKIETA DOTYCZĄCA SZCZEGÓLNYCH POTRZEB OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
BIORĄCYCH UDZIAŁ W PROJEKCIE „Inkubator przedsiębiorczości i wysokich
kwalifikacji mieszkańców województwa wielkopolskiego”**

1. Dane personalne:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Telefon kontaktowy:

**2. Proszę określić bariery wynikające ze stanu niepełnosprawności, które utrudniają
Pani/Panu uczestnictwo w projekcie „Outplacement szansą dla pracowników województwa
łódzkiego”.**

- mam problemy z poruszaniem się,
- mam problemy ze wzrokiem, potrzebuję materiałów szkoleniowych drukowanych ze
zwiększoną czcionką (lub podręcznik audio)
- potrzebuję pomocy tłumacza języka migowego
- inne (jakie?)
-
-
-

**3. Proszę wskazać Pani/Pana potrzeby wynikające z niepełnosprawności w kontekście
uczestnictwa w projekcie:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

data

czytelny podpis