**ZAŁĄCZNIK NR 1 do Formularza rekrutacyjnego do projektu „Dotacje dla Młodych – wsparcie na starcie”**

**Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności**

................................................................................................................

*(Imię i nazwisko)*

|  |
| --- |
| Czy jest Pan/i osobą z niepełnosprawnościami?  ⬜ Tak  ⬜ Nie  W przypadku osób niepełnosprawnych jakie usługi należałoby zapewnić by Pan/i czuł/a się komfortowo:  ⬜ materiały szkoleniowe wydrukowane większą czcionką niż standardowa  ⬜ asystent osoby niepełnosprawnej  ⬜ nie potrzebuje usług dostępnościowych  ⬜ inne jakie?............................................................................................................................ |

…………………………………………………………………

podpis