**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⬜ NieW 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