

**INFORMACJA UZUPEŁNIAJĄCA DLA UCZESTNIKÓW PROJEKTU
SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA**

wypełnia osoba z niepełnosprawnościami

Projekt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
„Szansa dla Ciebie”
Nr Projektu: RPMP.08.05.00-12-0070/21
Działanie: 8.5 Wsparcie na rzecz łączenia życia zawodowego i prywatnego

Dane osobowe kandydata ubiegającego się o zakwalifikowanie do projektu (rodzica/opiekuna dziecka)

Dane uczestnika	Imię:
	Nazwisko:
	Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	Data urodzenia:
	PESEL:

Kryteria kwalifikowalności

Oświadczenia osoby biorącej udział w rekrutacji do Projektu	
Oświadczam, że jestem osobą z trudnościami w poruszaniu się	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że jestem osobą niewidomą/słabowidzącą	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że jestem osobą głuchą/niedosłyszącą	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że potrzebuję pomocy asystenta osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Kryteria premiujące²

Maksymalna liczba punktów przyznawana za spełnienie kryteriów premiujących.	
Przyznana liczba punktów za spełnienie kryteriów premiujących.	

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie