**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

 **WROCŁAWSKA AKADEMIA SELFADWOKATÓW 2023**

**Instrukcja wypełniania Formularza**:

1. Swoją odpowiedź prosimy zaznaczyć krzyżykiem (**X**).
2. W miejscach do tego przeznaczonych prosimy o wpisanie **DRUKOWANYMI LITERAMI** wymaganych informacji.
3. Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól formularza.
4. Wymagane jest złożenie własnoręcznych podpisów pod wszystkimi oświadczeniami znajdującymi się w formularzu.
5. Proszę o załączenie do formularza kopii orzeczenia o niepełnosprawności lub dokumentu równoważnego.

|  |
| --- |
| **Wypełnia realizator projektu- Fundacja Eudajmonia** |
| Kwalifikacja do grupy warsztatowej*/zaznacz właściwe\*/* | - Warsztaty dla kandydatów na selfadwokatów TAK …………. \* NIE………………\* |
| Data i podpis mentora |  |

|  |
| --- |
| **Dane kandydata/tki na uczestnika/uczestniczkę projektu** |
|  | Imię (imiona) |  |
|  | Nazwisko |  |
| **Dane kontaktowe** |
|  | Województwo |  |
|  | Powiat |  |
|  | Gmina |  |
|  | Miejscowość |  |
|  | Ulica |  |
|  | Nr budynku  |  |
|  | Nr lokalu |  |
|  | Kod pocztowy |  |
|  | Telefon kontaktowy  |  |
|  | Adres e-mail |  |
|  | Jestem osobą z niepełnosprawnościami | Wybierz: * Tak
* Nie
 |
|  | Stopień niepełnosprawności | Wybierz:* Nie dotyczy
* Lekki
* Umiarkowany
* Znaczny
 |
|  | Wpisz dlaczego chciałabyś/chciałbyś uczestniczyć w projekcie   |  |

Oświadczam, że podane przeze mnie powyższe dane są zgodne z prawdą. Jednocześnie zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń nieprawdy lub zatajenie prawdy.

|  |  |
| --- | --- |
|  ………………………………………………  (miejscowość, data) |  ……….……..….………………………………(podpis) |

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/TKI NA UCZESTNIKA/CZKĘ PROJEKTU O JEGO SPECJALNYCH POTRZEBACH WYNIKAJĄCYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Ja, niżej podpisany(a),

………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko)

|  |  |
| --- | --- |
| **Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności (proszę w odpowiednim miejscu wpisać jakie):**  | **Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych:** |
| **Alternatywne formy materiałów:** |
| **Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie:** |
| **Zapewnienie tłumacza języka migowego:** |
| **Inne:** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ……….……..….………………………………(podpis) |