**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) |