

Projekt „Asystent Osobisty drogą do samodzielności osób z niepełnosprawnością-edycja II”

Zadanie realizowane we współpracy z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – Oddział Śląski, w ramach konkursu pn. ” Sięgamy po sukces” (zadania zlecone z art.36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych.).

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Imię i nazwisko Beneficjenta Projektu:.....

Data urodzenia i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:.....

Telefon:.....

E-mail:.....

Stopień niepełnosprawności:

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się.....

.....

.....

.....

II. Dane rodzica/ opiekuna prawnego Beneficjenta Programu:

Imię i nazwisko:

Telefon:.....

E-mail..

(data i podpis osoby, której dane dotyczą)