



ARKUSZ DIAGNOSTYCZNY DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ
w projekcie pt. WŁĄCZENI – kurs na otwarte życie
RPDS.09.01.01-02-0179/20

1. Imię i nazwisko:
2. Adres:
3. Telefon kontaktowy:
4. Data urodzenia:
5. Grupa/stopień niepełnosprawności:
6. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklin oponowo – rdzeniowa),
dysfunkcja narządu wzroku,
zaburzenia psychiczne,
dysfunkcje o podłożu neurologicznym,
dysfunkcja narządu mowy i słuchu,
pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne,

7. Czy porusza się Pan(i):

- Samodzielnie
 Z pomocą sprzętów ortopedycznych

8. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?

.....
.....

9. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania i poza nim?

.....
.....

10. Czy potrzebuje Pani wsparcia ze strony asystenta osoby niepełnosprawnej w procesie aktywizacji zawodowej i umożliwienia uczestnictwa w projekcie?

- TAK
 NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ankiecie diagnostycznej dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji i realizacji projektu (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)).

Data

Podpis Uczestnika/-czki