*Załącznik nr 1b – Formularz*

**Zgłoszenie specjalnych potrzeb wynikających z niepełnosprawności** uczestnika

zakwalifikowanego do projektu: **„Modernizacja kształcenia zawodowego w Małopolsce II”**

(Edycja V 2020/2021)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

*Imię (imiona)uczestnika/ czki projektu**Nazwisko uczestnika/czki projektu*

Oświadczam, iż w związku z zakwalifikowaniem się dozajęć on- line z obszaru tematycznego ………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności** *proszę podać właściwe* | Architektura dostosowana dla osób poruszających się na wózku/ oznaczona alfabetem Braill’a i komunikaty głosowe |  |
| Zapewnienie dostępności materiałów szkoleniowych |  |
| Zapewnienie tłumacza języka migowego |  |
| Zapewnienie narzędzi technologicznych umożliwiających odpowiedni dostęp i odbiór informacji np. pętla indukcyjna |  |
| Pomoc asystenta |  |
| Inne, jakie? |  |

…..………………………… …………………………………………….…………………………………………………………

*miejscowość, data czytelny podpis uczestnika/czki projektu/ i rodzica/opiekuna prawnego*

Oświadczam, że zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. a) RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie przez:

- administratora danych – Powiat Tarnowski z siedzibą w Tarnowie przy ul. Narutowicza 38, 33-100 Tarnów,

- podmiot, któremu w drodze umowa zawartej na piśmie administrator danych powierzył przetwarzanie danych osobowych tj. odpowiednio Zespołowi Szkół Ponadpodstawowych w Żabnie, Zespołowi Szkół Ponadpodstawowych w Zakliczynie, Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Tuchowie, Zespołowi Szkół Licealnych i Technicznych w Wojniczu

moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia dla celów związanych z zapewnieniem dostosowania sposobu realizacji projektu do potrzeb wynikających z mojej niepełnosprawności.

…..………………………… ……………………………..……………….…………………………………………………………

*miejscowość, data czytelny podpis uczestnika/czki projektu/ i rodzica/opiekuna prawnego*

|  |  |
| --- | --- |
| Zakwalifikowany uczeń przedstawił do wglądu orzeczenie o (stopniu) niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważnego)/ zaświadczenie od lekarza/ odpowiednie orzeczenie / inny dokument poświadczający stan zdrowia.\* | *Podpis członka Komisji Rekrutacyjnej:* |

\* niewłaściwe przekreślić