

**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 do zajęć on- line z obszaru tematycznego .....

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności</b><br><i>proszę podać właściwe</i> | Architektura dostosowana dla osób poruszających się na wózku/ oznaczona alfabetem Brailła 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?   |  |

*.....  
miejsowość, 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 umowy 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.

*.....  
miejsowość, 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.* | <i>Podpis członka Komisji Rekrutacyjnej:</i> |
|---|--|

\* niewłaściwe przekreślić