

**WSTĘPNA DEKLARACJA PODJĘCIA PRACY PRZEZ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE  
W ZAKŁADZIE AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ W BOLESŁAWCU W BRANŻY  
GASTRONOMICZNEJ \***

DANE OSOBOWE			
IMIĘ:			
NAZWISKO:			
DATA I MIEJSCE URODZENIA:			
INFORMACJE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (proszę zaznaczyć X przy właściwej odpowiedzi)	STOPIEŃ	<input type="checkbox"/> ZNACZNY <input type="checkbox"/> UMIARKOWANY	
	SYMBOL		
	WSKAZANIE W ORZECZENIU	<input type="checkbox"/> Zakład Aktywności Zawodowej  <input type="checkbox"/> Warsztat Terapii Zajęciowej	
CZY POTRZEBUJE PANI/PAN WSPARCIA TRENERA PRACY		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
WYKSZTAŁCENIE I POSIADANE UMIEJĘTNOŚCI			
DANE KONTAKTOWE			
TELEFON:		E-MAIL:	

.....  
(DATA)

.....  
(PODPIS)

\* Po analizie wstępnych deklaracji ORGANIZATOR skontaktuje się z wybranymi kandydatami.

