**Projekt finansowany ze środków Fundacji PZU**

****

**Ankieta zgłoszenia na szkolenie**

**15-31.10.2017**

**3-9.11.2017**

**(proszę podkreślić wybrany termin)**

1. Imię i nazwisko…………………………………………………………………..
2. Pesel………………………………………………………………………………..

3.Telefon kontaktowy……………………………………………………..

4.Adres mailowy…………………………………………………………..

1. Adres zamieszkania…………………………………………………..
2. Przynależność do Koła PZN w…………………………województwo …………………..
3. Jestem osobą: całkowicie niewidomą słabowidzącą

(proszę właściwe podkreślić)

1. Wykształcenie: średnie, wyższe (proszę właściwe podkreślić)

W przypadku wyższego proszę podać nazwę uczelni i kierunek studiów…………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

1. Praca zawodowa ( dotyczy osób zatrudnionych) miejsce i wykonywany zawód.

……………………………………………………………………………………….

1. Zainteresowania i dodatkowe umiejętności ( np. językowe, muzyczne, wokalne)…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………….

1. Czy posługuje się sprzętem. Jeżeli TAK to jakim ( biała laska, pomoc optyczna, komputer, smartfon itp.)………………………………….

……………………………………………………………………………………..

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych do celów realizacji projektu pn.

„Ku samodzielności” oraz na wykonywanie zdjęć podczas projektu z moim

wizerunkiem i udostępnienie mediom w celach promocyjnych

Podpis zainteresowanego………………………………………………..

*Uwaga: Ankietę wypełnia osoba z dysfunkcja wzroku a także widzący przewodnik. W przypadku przewodnika nie dotyczy pkt. 6.7.*