



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.....
5. Adres zamieszkania.....
6. Przynależność do Koła PZN w.....województwo
.....
7. Jestem osobą: całkowicie niewidomą słabowidzącą
(proszę właściwe podkreślić)
8. Wykształcenie: średnie, wyższe (proszę właściwe podkreślić)
W przypadku wyższego proszę podać nazwę uczelni i kierunek
studiów.....
.....
9. Praca zawodowa (dotyczy osób zatrudnionych) miejsce i wykonywany
zawód.
.....

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

11. 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 dysfunkcją wzroku a także widzący przewodnik. W przypadku przewodnika nie dotyczy pkt. 6.7.