



**OŚWIADCZENIE  
OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ  
(SPECJALNE POTRZEBY ZWIĄZANE Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ)  
PROJEKT „Jutro bez obaw!”  
nr RPWP.06.02.00-30-0073/18**

Imię	Nazwisko	PESEL
<b>Czy posiada Pan/i specjalne potrzeby związane z niepełnosprawnością?</b>		
<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE

W przypadku zaznaczenia „TAK” proszę podać jakie:.....

.....

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/TKI PROJEKTU