**Informacja o specjalnych potrzebach uczestnika w kontekście dostępności**

**Nr projektu FEWP.10.01-IZ.00-0009/24**

| **DANE UCZESTNIKA** | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IMIĘ** | |  | | | | | | | | | |
| **NAZWISKO** | |  | | | | | | | | | |
| **PESEL/INNY IDENTYFIKATOR** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| **Czy posiada Pan/Pani specjalne potrzeby w zakresie dostępności, które należy uwzględnić podczas realizacji projektu?** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TAK |  | NIE |  |
| ***W przypadku odpowiedzi TAK***  **Prosimy o wskazanie ewentualnych barier oraz preferowanych rozwiązań, zgodnie ze standardami dostępności określonymi w załączniku nr 2 do „Wytycznych dotyczących realizacji zasad równościowych w ramach funduszy unijnych na lata 2021-2027”.** | | | | |
|  | | | | |

…………………………………………………………………………….

*Data, podpis uczestnika/opiekuna prawnego*