

**WSTĘPNA DEKLARACJA PODJĘCIA PRACY W ZAKŁADZIE AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ WE  
WŁOCLAWKU PRZEZ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE \***

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	
PROSZĘ ZAZNACZYĆ DZIAŁ, W KTÓRYM PANI/PAN CHCIAŁABY/CHCIAŁBY PODJĄĆ PRACĘ (proszę zaznaczyć X przy właściwej odpowiedzi)	<input type="checkbox"/> pralnia samoobsługowa <input type="checkbox"/> pralnia wodna i fasonowa <input type="checkbox"/> punkt krawiecki <input type="checkbox"/> obsługa techniczna (wynajem sali) <input type="checkbox"/> parking
DANE KONTAKTOWE	
TELEFON:	E-MAIL:

.....  
(DATA)

.....  
(PODPIS)

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

1. Wymiar czasu pracy dla osoby niepełnosprawnej zatrudnionej w ZAZ wynosi 3 godz. i 51 min.
2. Dodatkowo, w dniu pracy, nie mniej niż 1 godzina rehabilitacji dziennie na terenie ZAZ.