*Tytuł projektu:*

**Wypracowanie i upowszechnianie, we współpracy z partnerami społecznymi, modelu wsparcia osób niepełnosprawnych w środowisku pracy**

# deklaracja PRACODAWCY

# uczestniczenia w testowaniu modelu wsparcia

*Nazwa pracodawcy (zakładu pracy)*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*ulica: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*nr domu: …………………………………………… nr kodu pocztowego: ……………..………………………*

*miejscowość: ………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*telefon:..... …………………………………………………….,. e-mail: ………………………………………………….………………..*

*liczba zatrudnionych osób: …………………………... w tym z niepełnosprawnych: ……………………………..*

Zgłaszam gotowość uczestniczenia w projekcie, którego celem jest wypracowanie i upowszechnienie modelu wsparcia osób niepełnosprawnych w środowisku pracy. W szczególności deklaruję, że na podstawie przeprowadzonych u siebie testów, wydamy opinię o przydatności opracowanych przez Centralny Instytut Ochrony Pracy i partnerów, poradników i innych interaktywnych narzędzi ułatwiających projektowanie miejsc pracy osób niepełnosprawnych uwzględniających ich rodzaj niepełnosprawności. Posiadamy już pewne doświadczenie w zatrudnianiu osób z niepełnosprawnością: ruchu: ……… , wzroku: ………., słuchu: ……….., intelektualną: …………………)\*

)\* *proszę wpisać „tak” lub „nie”*

*Osoba wyznaczona do kontaktów w zakresie realizacji projektu oraz uczestnictwa w warsztatach w Warszawie w dniach 19-20 lutego 2019:*

 *Imię i Nazwisko (1-2 osoby): ……………………………………………………………………………………………………….……*

*Tel. Kontaktowy: ………………………………………….., e-mail: ……………………………………………………………………..*

*Imię i Nazwisko kierownika zakładu pracy: ……………………………………………………………………………………….*