**Чемпионат по профессиональному мастерству среди инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья «Абилимпикс» в Свердловской области, 2024 год**

**Заявка Участника**

**Компетенция «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Обязательно для заполнения** | **Содержание** |
| 1. | Фамилия Имя Отчество (полностью) |  |
| 2. | Дата рождения  |  |
| 3. | Место проживания |  |
| 4. | СНИЛС |  |
| 5. | Телефоны  |  |
| 6. | Электронный адрес  |  |
| 7. | Компетенция  |  |
| 8. | Вид нозологии  |  |
| 9. | Группа инвалидности  |  |
| 10. | Особые условия для организации рабочего места и выполнения Конкурсного задания  |  |
| 11. | Необходимость предоставления сурдопереводчика, тифлосурдопереводчика, сопровождающего  |  |
| 12. | Место работы |  |
| 13. | Место учебы |  |
| 14. | Год окончания учебного заведения  |  |
| 15. | Статус: (школьник, студент СПО, ВО/слушатель ДПО, специалист) |  |
| 16. | Специальность с указанием шифра (при наличии)  |  |
| 17. | Планирует продолжить обучение (колледж, ДПО, ВО)  |  |
| 18. | Готов к трудоустройству, направить резюме и разместить на федеральных порталах содействия трудоустройству  |  |
| 19. | Готов к трудоустройству, но не планирует размещать резюме на федеральных порталах содействия трудоустройству  |  |
| 20. | Не готов к трудоустройству (причина)  |  |

**Приложение** к Форме списочного состава участников:

- копии справок об инвалидности или заключений Центральной психолого-медико-педагогической комиссии на каждого участника;

- список используемых лекарств;

- согласия на обработку персональных данных;

- страховые свидетельства от несчастных случаев на время проведения чемпионатов на каждого Участника.

ПРИМЕЧАНИЕ: Заявку может заполнять со слов конкурсанта сопровождающий