# **Załącznik nr 10**

# **Wykaz niezbędnego minimalnego zakwaterowania pracowników niepełnosprawnych**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko pracownika** | **Krótki opis zapotrzebowania na zakwaterowanie** |
| Nie dotyczy | Nie dotyczy |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *Miejscowość, data* |  | *Przedsiębiorca* |