**ANKIETA**

**KATEGORIA: Firma przyjazna osobom z**

 **niepełnosprawnościami**

1. **INFORMACJE O FIRMIE I ZATRUDNIENIU**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa Firmy |  |
| Data rozpoczęcia działalności w Polsce |  |
| Całkowita liczba zatrudnionych wg stanu na dzień wypełnienia ankiety |  |
| Pracownicy z niepełnosprawnością (Procent ogółu zatrudnionych) | ……% |
| Data wypełnienia ankiety |  |
| Osoba kontaktowa (wysyłająca ankietę) |  |
| Mail osoby kontaktowej |  |
| Tel. osoby kontaktowej |  |

**II. INFORMACJE O PROGRAMACH SKIEROWANYCH DO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

1. Czy w Państwa firmie prowadzone są programy skierowane do osób z niepełnosprawnościami?

|  |
| --- |
| **Max 3000 znaków ze spacjami** |

1. Jakich obszarów działalności Państwa firmy dotyczą?

|  |
| --- |
| **Max 2000 znaków ze spacjami** |

1. W jakim zakresie firma pokrywa ich koszt?

|  |
| --- |
| **Max 2000 znaków ze spacjami** |

1. **NAGRODY I WYRÓŻNIENIA**

Czy firma w ostatnim 10-leciu uzyskała nagrody/wyróżnienia w konkursach i rankingach z zakresu CSR lub ESG?

Jeśli tak – prosimy wymienić - **Max 2000 znaków ze spacjami**

……………………………..

……………………………..

……………………………..

……………………………..

Dodatkowe informacje dla Kapituły Konkursu

|  |
| --- |
| **Max 2000 znaków**  **ze spacjami** |