



Projekt realizuje: **JedynaTaka**
FUNDACJA

Projekt dofinansowany przez:
WOJEWÓDZTWO
KUJAWSKO-POMORSKIE

ze środków:
Urząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„DZIECIŃSTWO BEZ BARIER”

DANE OSOBOWE

Imię i nazwisko rodzica	
PESEL	
Rodzaj i stopień niepełnosprawności rodzica <i>(wzrok, słuch, ruch):</i>	
Wykształcenie <i>(brak, podstawowe, gimnazjalne, ponadgimnazjalne, pomaturalne, wyższe)</i>	
Zawód	
Imię i nazwisko dziecka	
Wiek dziecka	
Informacje o dziecku <i>(niepełnosprawność tak/nie, a jeśli tak to jaka, czy dziecko uczęszcza do przedszkola, szkoły, innego ośrodka edukacyjnego, bierze udział w zajęciach rozwijających jego zdolności? itp.):</i>	

DANE TELEADRESOWE

Ulica	
Nr domu/ Nr lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Nr telefonu	
Adres e-mail	

PYTANIA OGÓLNE

1. Oczekiwania związane z udziałem w projekcie

.....



Projekt realizuje: **JedynaTaka**
FUNDACJA

Projekt dofinansowany przez:
**WOJEWÓDZTWO
KUJAWSKO-POMORSKIE**

ze środków:
**Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych**

.....
.....
.....

OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA/ BENEFICJENTKI

1. Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu, są zgodne z prawdą. W przypadku podania danych niezgodnych z prawdą zobowiązuję się do pokrycia kosztów finansowych spowodowanych poświadczeniem nieprawdy, przestępstwo z art. 271 Kodeksu Karnego.

2. Oświadczam także, iż zostałem/am poinformowany/a, że projekt pn. „Dzieciństwo bez barier” jest finansowany przez Województwo Kujawsko- Pomorskie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis beneficjenta)

DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE

Wyrażam zgodę na udział w projekcie „Dzieciństwo bez barier” i zobowiązuję się do:

- brania udziału w zaproponowanej mi formie wsparcia i potwierdzania swojej obecności na stosownej liście

- w przypadku choroby- usprawiedliwienia swojej nieobecności

Chcę być informowana na bieżąco o wydarzeniach w mojej okolicy oraz projektach, w których mogę wziąć udział.

.....
(miejsowość i data)


.....
(podpis beneficjenta)

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH



Dzieciństwo bez barier

Projekt realizuje:  **JedynaTaka**
FUNDACJA

Projekt dofinansowany przez:
 **WOJEWÓDZTWO
KUJAWSKO-POMORSKIE**

ze środków:


„Dzieciństwo bez barier”.

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Dzieciństwo bez barier” finansowanego przez Województwo Kujawsko- Pomorskie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) administratorem zebranych danych osobowych jest Fundacja Jedyna Taka..
- 2) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu obsługi Projektu,
- 3) moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach Projektu „Dzieciństwo bez barier”,
- 4) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w Projekcie,
- 5) mam prawo dostępu do swoich danych oraz do ich zmiany i uzupełnienia.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/CZKI
PROJEKTU*