FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w projekcie „Akademia pełni życia”

|  |  |
| --- | --- |
| **Zgłaszam chęć udziału w projekcie pt. „Akademia pełni życia”** | |
| **Rodzaj wsparcia, w którym chcę wziąć udział:**  (istnieje możliwość udziału we wsparciu grupowym oraz w warsztatach) | wsparcie grupowe prowadzone przez specjalistów z zakresu: dietetyki, gimnastyki, profilaktyki zdrowia, ekonomii, kultury  warsztaty z rękodzieła artystycznego  warsztaty kulinarne  warsztaty komputerowe  międzypokoleniowa sekcja wolontariatu |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE KONTAKTOWE** | | | |
| Imię (imiona) i  nazwisko |  | | |
| Pesel |  | Płeć | Kobieta Mężczyzna |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | | | |
| Miejscowość |  | Ulica |  |
| Numer domu |  | Numer lokalu |  |
| Kod pocztowy |  | Poczta |  |
| Telefon kontaktowy |  | Adres e-mail |  |

|  |
| --- |
| **W związku z udziałem w projekcie zgłaszam swoje szczególne potrzeby np. wynikające z niepełnosprawności:** |
| **NIE** |
| **TAK, jakie:** |

|  |
| --- |
| **DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE** |
| Ja, niżej podpisana(y),  ……………………………………………………………………………………………………...……………………………........................................  (imię, nazwisko składającego/ej oświadczenie)  zam. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  (adres zamieszkania)  Oświadczam, iż:   1. wszystkie dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą, 2. jestem osobą w wieku emerytalnym (kobieta: 60 lat, mężczyzna: 65 lat), 3. zostałam/em poinformowana/ny, iż projekt jest współfinansowany ze środków Samorządu Województwa Wielkopolskiego.   …………………………………………………………………….... ...............…………………………………….  Miejscowość i data Podpis |
| **ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH ORAZ KORZYSTANIE Z WIZERUNKU** |
| Ja, niżej podpisana(y),  ……………………………………………………………………………………………………...…………………………….......................................  (imię, nazwisko składającego/ej oświadczenie)  zam. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  (adres zamieszkania)  wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz dysponowanie jego wizerunkiem utrwalonym na fotografiach przez Fundację Szansa dla Niewidomych z siedzibą w Warszawie ul. Św. Chlubna 88 o numerze KRS 0000260011 w celach związanych ze wsparciem udzielanym przez Fundację w ramach realizacji zadania publicznego „Akademia pełni życia”, współfinansowanego ze środków Samorządu Województwa Wielkopolskiego.  W szczególności wyrażam zgodę na umieszczenie danych osobowych (imienia nazwiska) oraz fotografii (wizerunku) na stronie internetowej Fundacji, na profilu Fundacji na portalach społecznościowych, a także w materiałach publikowanych przez Fundację lub z inicjatywy Fundacji przez inne podmioty dla wyżej wymienionych celów. Moje dane nie będą profilowane i przekazywane innym podmiotom. Przyjmuję do wiadomości, że w każdej chwili mogę wycofać swoją zgodę, aby od tego momentu Fundacja Szansa dla Niewidomych nie wykorzystywała danych osobowych lub wizerunku w nowych publikacjach powstałych po dacie wycofania zgody. Szczegóły przetwarzania danych osobowych w Fundacji Szansa dla Niewidomych znajdują się na stronie: <https://www.szansadlaniewidomych.org/> w zakładce polityka prywatności.  …………………………………………………………………….... ...............…………………………………….  Miejscowość i data Podpis |