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, kulturywarsztaty z rękodzieła artystycznegowarsztaty kulinarne warsztaty komputerowemiędzypokoleniowa sekcja wolontariatu |

|  |
| --- |
| **DANE KONTAKTOWE**  |
| Imię (imiona) inazwisko |  |
| 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 |