FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Do udziału w projekcie „Aktywni z Szansą”

|  |  |
| --- | --- |
| **Zgłaszam chęć udziału w projekcie pn. „Aktywni z Szansą”** | |
| **Zajęcia i spotkania, w którym chcę wziąć udział:**  (istnieje możliwość udziału w zajęciach z zakresu tyflosportu, warsztatach, spotkaniach grupy samopomocy, wyjściach integracyjnych oraz wycieczce) | Cotygodniowe zajęcia nordic walking  warsztaty rękodzielnicze - świece sojowe  warsztaty rękodzielnicze - naturalne kosmetyki  warsztaty ekologiczne – woskowijki  warsztaty ekologiczne – gotowanie zero west  warsztaty fotograficzne  spotkania w ramach grupy samopomocy  „Razem z Szansą”  spacery edukacyjne  wycieczka do Rugii  wyjście do teatru  wyjście do filharmonii  wyjście do kina |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 |  |

|  |
| --- |
| **Wzwiązkuzudziałemwprojekciezgłaszamswojeszczególnepotrzebynp.wynikającez 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. posiadam orzeczeniem o niepełnosprawności.     Z powodu dysfunkcji narządu wzroku 04-O  Inne   1. zostałam/em poinformowana/ny, iż projekt jest współfinansowany ze środków PFRON przekazanych za pośrednictwem Województwa Zachodniopomorskiego.   …………………………………………………………………….... ...............…………………………………….  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)   1. 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 „Aktywni z Szansą”, współfinansowanego ze środków PFRON przekazanych za pośrednictwem Województwa Zachodniopomorskiego. 2. 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 |