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 sojowewarsztaty rękodzielnicze - naturalne kosmetykiwarsztaty ekologiczne – woskowijkiwarsztaty ekologiczne – gotowanie zero west warsztaty fotograficznespotkania w ramach grupy samopomocy „Razem z Szansą”spacery edukacyjnewycieczka do Rugiiwyjście do teatruwyjście do filharmoniiwyjście do kina |

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

|  |
| --- |
| **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  Inne1. 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 |