



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Projekt „KROK NAPRZÓD” -szkolenie osób niewidomych i słabowidzących z zakresu sportu

Wybrana dyscyplina:

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

PESEL:

Telefon kontaktowy:

E-mail:

Adres zamieszkania:

Stopień niepełnosprawności z tytułu utraty wzroku:

Jestem członkiem Stowarzyszenia „Cross”: TAK / NIE

Deklaruję chęć uczestnictwa w szkoleniu i oświadczam, że JESTEM / NIE JESTEM uczestnikiem warsztatów terapii zajęciowej, jak również JESTEM / NIE JESTEM uczestnikiem środowiskowego domu samopomocy.

Oświadczam, że w czasie realizacji projektu „Krok naprzód” BIORĘ / NIE BIORĘ udział/u w innych projektach dofinansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, realizowanych w ramach celu programowego 2: zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych, których cel realizacji form wsparcia pokrywa się z celem projektu „Krok naprzód”.

Data i podpis uczestnika



Dane szczegółowe uczestnika

Imię i nazwisko:

Stopień niepełnosprawności z tytułu utraty wzroku:

Wykształcenie:*

- podstawowe
- zawodowe
- policealne
- niepełne podstawowe
- gimnazjalne
- średnie
- wyższe

Zatrudnienie:*

- nieaktywny zawodowo
- poszukujący pracy, niezatrudniony,
- zatrudniony w ZAZ
- zatrudniony na otwartym rynku pracy,
- poszukujący pracy, zatrudniony,
- bezrobotny,
- zatrudniony w ZPCH,

Rejestracja w Powiatowym Urzędzie Pracy:*

- zarejestrowany,
- niezarejestrowany

Uczestnictwo w Warsztacie Terapii Zajęciowej:*

- uczestnik WTZ,
- absolwent WTZ,
- nie byłem w WTZ

Miejsce zamieszkania:*

- miasto do 20 tys. mieszkańców,
- miasto powyżej 20 do 50 tys. mieszkańców,
- miasto powyżej 50 do 100 tys. mieszkańców,
- miasto powyżej 100 tysięcy mieszkańców,
- wieś

*** Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź**



Oświadczenie beneficjenta ostatecznego zadania o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Stowarzyszenie „Cross” oraz PFRON

Dane osobowe przekazane przez beneficjentów ostatecznych zadania, realizowanego w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92 z późn. zm.), do Stowarzyszenia Kultury Fizycznej Sportu i Turystyki Niewidomych i Słabowidzących „Cross” z siedzibą w Warszawie przy ul. Konwiktorskiej 9 oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 (administratora danych) będą przetwarzane w celu realizacji „Zasad zlecenia przez PFRON zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym”. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy beneficjent ostateczny zadania posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia udziału w zadaniu realizowanym zgodnie z „Zasadami zlecenia przez PFRON zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym”.

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie Kultury Fizycznej Sportu i Turystyki Niewidomych i Słabowidzących „Cross” z siedzibą w Warszawie przy ul. Konwiktorskiej 9 oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13 (administrator danych) w celach związanych z realizacją „Zasad zlecenia przez PFRON zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
(imię i nazwisko Beneficjenta ostatecznego zadania)

.....
(adres Beneficjenta ostatecznego zadania: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

.....
Data i podpis Beneficjenta ostatecznego zadania