



Projekt realizowany przy wsparciu finansowym ze środków PFRON i budżetu Gminy Kościerzyna przez Stowarzyszenie na rzecz rozwoju Łubiany i okolic w ramach projektu „Aktywni w działaniach”

KARTA ZGŁOSZENIA DEKLARACJA UCZESTNICTWA

WYPEŁNIA ZAINTERESOWANA OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA LUB OSOBA PRAWNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ. ZGŁOSZENIE KARTY NIE JEST JESZCZE OSTATECZNYM ZAKWALIFIKOWANIEM DO PROJEKTU.

*Gwiazdka oznacza konieczność wypełnienia, Właściwy kwadrat zaznaczyć przekreśleniem X

I DANE OSOBOWE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SIĘ DO PROJEKTU				
Imię i Nazwisko *				
PESEL *		Płeć:	Kobieta <input type="checkbox"/>	
			Mężczyzna <input type="checkbox"/>	
Rodzaj uczestnika*	<input type="checkbox"/> osoba niepełnosprawna <input type="checkbox"/> opiekun prawny lub rodzic osoby niepełnosprawnej			
II. ADRES ZAMIESZKANIA (Jeśli ADRES KORESPONDENCJI JEST INNY, PROSZĘ PODAĆ NA DODATKOWEJ KARCIE ZGŁOSZENIA)				
Miejscowość *		Powiat*		
Ulica*		Nr domu*	Nr lokalu*	
Numer telefonu*		E- mail*		

(O ZAKWALIFIKOWANIU DO PROJEKTU UCZESTNIK ZOSTANIE POWIADOMIONY PRZEZ ORGANIZATORA PO DOSTARCZENIU WSZYSTKICH DOKUMENTÓW NA PODANY NR TELEFONU, ADRES LUB EMAIL)

Data*.....

Czytelny podpis *.....

(imię i nazwisko)

UCZESTNIK PROJEKTU
OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA LUB
OPIEKUN PRAWNY

Stowarzyszenie na rzecz rozwoju Łubiany i okolic
Ul. Kościelna 8
83-407 Łubiana
Tel. 608-684-785
e-mail:justyna.zblewska@interia.pl

OŚWIADCZENIE

Nazwisko i imię beneficjenta

miejsowość,

data

.....

Adres:

.....

.....

Wyrażam zgodę na udział w Projekcie „Aktywni w działaniach” w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i na umieszczanie i przetwarzanie danych osobowych, w tym danych wrażliwych w bazie danych organizatora i przetwarzaniu ich zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926, z późn. zm.) dla celów niezbędnych do realizacji projektu.

.....

podpis beneficjenta/ opiekuna prawnego/

Ponadto oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną i w załączeniu przekazuję kserokopię decyzji.

.....

podpis beneficjenta/ opiekuna prawnego/

W związku z przystąpieniem do Projektu -zgodnie z zapisami Ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dnia 4 lutego 1994 roku (Dz. U. z 2006 r., Nr 90, poz. 631 z późn. zm.), wyrażam zgodę na nieodpłatne, utrwalenie, wykorzystanie i powielanie zdjęć oraz nagrań video wykonanych podczas realizacji projektu pt. „Aktywni w działaniach”, bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzenia, wyłącznie w celu realizacji w/w projektu.

.....

podpis beneficjenta/ opiekuna prawnego/

Oświadczam, że wyrażenie zgody jest równoznaczne z wykorzystaniem zdjęć i nagrań z moim wizerunkiem w materiałach promocyjnych i umieszczeniem ich na stronie internetowej.

.....

podpis beneficjenta/ opiekuna prawnego/