

Formularz zgłoszeniowy do udziału w realizowanym zadaniu publicznym pod tytułem: "W obronie przed COVID - 19" pomoc psychologiczna i psychoterapeutyczna dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością i ich rodzin z powiatów: starogardzkiego i tczewskiego"

Imię i nazwisko zgłaszającego:

Nr telefonu:

Twój e-mail:

Imię i nazwisko osoby zgłaszanej:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Powiat: starogardzki, tczewski

Osoba zgłaszana posiada orzeczenie o niepełnosprawności: Tak, Nie

Oświadczenie o zapoznaniu się z regulaminem projektu:

Oświadczam, że zapoznałam się z Regulaminem uczestnictwa w realizowanym przez Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Człowieka "WŚRÓD RÓWNYCH" zadaniu publicznym pod tytułem: "W obronie przed COVID - 19" pomoc psychologiczna i psychoterapeutyczna dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością i ich rodzin z powiatów: starogardzkiego i tczewskiego".

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich i mojego dziecka danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym przesłanym za

pośrednictwem strony www.wsrodrownych.pl dla potrzeb niezbędnych do udziału w zadaniu publicznym sfinansowanym przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zwany dalej „PFRON” oraz użytku wewnętrznego Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Człowieka „WŚRÓD RÓWNYCH”, a także do celów statystycznych (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)). Oświadczam, że posiadam wiedzę, że administratorem danych osobowych moich i zgłaszanej przeze mnie osoby, której zgodę na udostępnianie jej danych osobowych posiadam jest Zarząd Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Człowieka "WŚRÓD RÓWNYCH" z siedzibą w Starogardzie Gdańskim przy ulicy Tadeusza Kościuszki 112/114, KRS: 00806389, NIP: 5922278864; Regon: 384515956. Oświadczam, że poinformowano mnie o przysługującym mi prawie wglądu w dane osobowe moje i mojego dziecka oraz ich poprawianie i modyfikowanie.

.....

(podpis zgłaszającego)