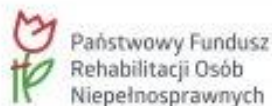


**Zadanie dofinansowane ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**



**KARTA ZGŁOSZENIOWA UCZESTNIKA PROJEKTU
„Kierunek samodzielność - kompleksowa rehabilitacja dzieci i młodzieży z SMA”**

Fundacja SMA

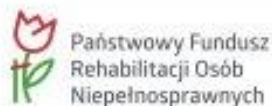
Warszawa dnia

02-495 Warszawa, ul. Przy Forcie 10/99

**Proszę o przyjęcie do uczestnictwa w projekcie pn.
„Kierunek samodzielność - kompleksowa rehabilitacja dzieci i młodzieży z SMA”**

NAZWISKO I IMIĘ UCZESTNIKA			
PESEL UCZESTNIKA			
ADRES ZAMIESZKANIA UCZESTNIKA (ulica, nr domu/mieszkania, kod, miejscowość)			
WOJEWÓDZTWO, POWIAT			
TELEFON KONTAKTOWY			
E-MAIL			
NAZWISKO I IMIĘ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO			
ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI AKTUALNE DO DNIA	<input type="checkbox"/> Orzeczenie do 16 r.ż	<input type="checkbox"/> umiarkowany	<input type="checkbox"/> znaczny
Date			
Zgłaszam potrzebę pracy z rehabilitantem	Tak Nie		
Wskazuję do współpracy Fizjoterapeutę Imię i Nazwisko / telefon/adres email			
Zgłaszam potrzebę pracy z psychologiem\Coachem	Tak Nie		
Wskazuję do współpracy Psychologa/ Coach-a Imię i Nazwisko / telefon/adres email			
Zgłaszam potrzebę pracy z dietetykiem	Tak Nie		
Wskazuję do współpracy dietetyka Imię i Nazwisko / telefon/adres email			
Zgłaszam potrzebę pracy z logopedą	Tak Nie		
Wskazuję do współpracy logopedę Imię i Nazwisko / telefon/adres email			

**Zadanie dofinansowane ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**



- Oświadczam, że znane mi są zasady realizacji i rekrutacji do projektu.
- Oświadczam, że przystępując do projektu „**Kierunek samodzielność - kompleksowa rehabilitacja dzieci i młodzieży z SMA**” nie biorę jednocześnie udziału w innych projektach realizowanych ze środków PFRON w podobnym celu

ZAŁĄCZAM DOKUMENTY:

– kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności uczestnika - obowiązkowa

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a. 9 ust 2 lit. a lit. c lit d. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych), wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uczestnika projektu **podanych przez mnie w karcie zgłoszeniowej do projektu: Kierunek samodzielność - kompleksowa rehabilitacja dzieci i młodzieży z SMA** przez Administratora oraz przekazanie moich danych osobowych, w tym przez aplikację Ewidencja Godzin Wsparcia, i ich przetwarzanie przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13 w celu realizacji „Zasad wspierania realizacji zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych, zleczanych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym przez PFRON

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli obowiązku informacyjnego umieszczonej na stronie internetowej Administratora lub w siedzibie Administratora, w tym z informacją o celach i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawach związanych z przetwarzaniem moich danych. Ponadto Administrator poinformował mnie, że:

- a. niniejsza zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie poprzez złożenie oświadczenia w tej samej formie, w jakiej zgoda została wyrażona. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem, przy czym **brak zgody skutkuje brakiem możliwości wzięcia udziału w projekcie.**
- b. dane osobowe przetwarzane na podstawie niniejszej zgody nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

data /podpis.....

podpis beneficjenta (rodzica/opiekuna prawnego)