

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

Formularz Zgłoszeniowy Uczestnika/Uczestniczkę Projektu może być wypełniony elektronicznie (czcionka wielkości minimum 10) lub odręcznie (czytelnie) w języku polskim oraz podpisany imieniem i nazwiskiem w wyznaczonych miejscach. Warunkiem rozpatrzenia Formularza jest wypełnienie wszystkich wymaganych pól. Należy zaznaczyć znakiem „X” odpowiednie kratki w przypadku pól do wyboru. Złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do Projektu.

### Dane osobowe Uczestnika

<b>Nazwisko i imię</b>													
<b>Data urodzenia</b>			<b>PESEL</b>										

### Adres zamieszkania

<b>Ulica z numerem domu i mieszkania</b>			
<b>Miejscowość</b>		<b>Kod pocztowy</b>	
<b>Numer telefonu</b>		<b>E-mail</b>	
<b>Województwo</b>			

**Zamieszkanie** (proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu)

<input type="checkbox"/>	miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	<input type="checkbox"/>	miasto 50 - 100 tys. mieszkańców	<input type="checkbox"/>	miasto 20 - 50 tys. mieszkańców
<input type="checkbox"/>	miasto do 20 tys. mieszkańców	<input type="checkbox"/>	wieś		

**Wykształcenie** (proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu)

<input type="checkbox"/>	<b>Przed obowiązkiem szkolnym</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Zajęcia rewalidacyjne</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Niepełne podstawowe</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Średnie</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Podstawowe</b> (ukończona szkoła podstawowa)	<input type="checkbox"/>	<b>Zawodowe</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Gimnazjalne</b> (ukończona szkoła gimnazjalna)	<input type="checkbox"/>	<b>Wyższe</b> (licencjat, magisterium lub równorzędne)

Projekt współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**Stopień niepełnosprawności (proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu)**

<input type="checkbox"/>	Lekki	<input type="checkbox"/>	Umiarkowany	<input type="checkbox"/>	Znaczny
<input type="checkbox"/>	Orzeczenie o niepełnosprawności bez stopnia (dot. osób do 18 roku życia)				

**Rodzaj niepełnosprawności (proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu)**

<input type="checkbox"/>	Narząd ruchu	<input type="checkbox"/>	Sprzężona
<input type="checkbox"/>	Narząd słuchu	<input type="checkbox"/>	Intelektualna
<input type="checkbox"/>	Narząd wzroku	<input type="checkbox"/>	Choroby psychiczne
<input type="checkbox"/>	Ogólny stan zdrowia	<input type="checkbox"/>	Autyzm
<input type="checkbox"/>	Inne: .....		

**Status na rynku pracy (proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu)**

<input type="checkbox"/>	Bezrobotny (zarejestrowany w PUP: tak/nie)	<input type="checkbox"/>	Niezatrudniony poszukujący pracy
<input type="checkbox"/>	Nieaktywny zawodowo	<input type="checkbox"/>	Zatrudniony na otwartym rynku pracy
<input type="checkbox"/>	Zatrudniony w ZAZ	<input type="checkbox"/>	Zatrudniony poszukujący pracy
<input type="checkbox"/>	Zatrudniony w ZPCH	<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy

**Uczestnictwo w WTZ (Warsztaty Terapii Zajęciowej) (proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu)**

<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Absolwent WTZ
--------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------	---------------

**Oświadczenia (proszę zaznaczyć „X” w każdym polu)**

<p><b>1. Oświadczam, że jestem / nie jestem* zdolny/a do czynności cywilnoprawnych.</b></p> <p><i>Jeśli nie – proszę podać imię i nazwisko oraz kontakt do opiekuna prawnego</i></p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub równoważne.</b>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu, są zgodne z prawdą.</b>	<input type="checkbox"/>

Projekt współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

<b>4. Oświadczam</b> , że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i spełniam warunki uczestnictwa.	
<b>5. Oświadczam</b> , że poinformowano mnie o współfinansowaniu projektu ze środków PFRON i równolegle nie biorę udziału w innym projekcie, w tym samym zakresie wsparcia, realizowanym ze środków PFRON.	
<b>6. Deklaruję</b> chęć udziału w niniejszym projekcie i zobowiązuję się w okresie jego trwania do brania udziału w zaproponowanych formach wsparcia i potwierdzania obecności na listach. Zobowiązuję się również udzielać niezbędnych informacji o osiągniętych rezultatach na każdym etapie realizacji Projektu oraz po jego zakończeniu.	
<b>7. Oświadczam</b> , że mój udział w projekcie nie koliduje z udziałem w zajęciach WTZ.	

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/danych osobowych mojego dziecka\* oraz szczególnych kategorii danych osobowych (o stanie zdrowia) celem rekrutacji i udziału w Projekcie pn.: „VELOAktywni - treningi sportowe” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych osobowych prowadzonym przez **Veloaktiv** z siedzibą w Krakowie przy ul. Chałupnika 12F/2.

 **Wyrażam zgodę** **Nie wyrażam zgody****Zgoda na przetwarzanie wizerunku**

Wyrażam zgodę na wykorzystanie w nieograniczonym czasie przez **Veloaktiv** z siedzibą w Krakowie przy ul. Chałupnika 12F/2, (dalej: Velo) mojego wizerunku zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych osobowych w następujących celach:

- zwielokrotnianie wizerunku wszelkimi dostępnymi aktualnie technikami i metodami, a w szczególności poprzez umieszczenie zdjęcia lub nagrania z moim wizerunkiem na stronie [www.veloaktiv.pl](http://www.veloaktiv.pl) i w social mediach,
- rozpowszechnianie oraz publikowanie, także wraz z wizerunkami innych osób we wszelkich możliwych krajowych oraz zagranicznych środkach przekazu, a w szczególności w mediach elektronicznych – czyli np. informacje na temat wydarzeń Velo na stronie www lub publikacja w folderach promujących Velo. Równocześnie Velo przysługuje prawo do przenoszenia wszelkich praw wynikających z niniejszego oświadczenia na osoby trzecie. Oświadczam, że wykorzystanie wizerunku zgodnie z niniejszą zgodą nie narusza niczyich dóbr osobistych ani innych praw. Zrzekam się praw związanych z kontrolą i zatwierdzeniem każdorazowego wykorzystania fotografii lub nagrania z moim wizerunkiem. Oświadczam, że niniejszą zgodę udzielam nieodpłatnie.

 **Wyrażam zgodę** **Nie wyrażam zgody**

..... dnia \_\_\_\_\_ 2023 r.

.....  
*Podpis kandydata/tki / opiekuna prawnego*