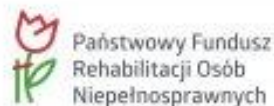


**Zadanie dofinansowane ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**



KARTA ZGŁOSZENIOWA – RODZIC/OPIEKUN
Szansa na samodzielność. Domowa rehabilitacja dzieci z mukowiscydozą

Miejscowość, data.....

Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą
ul. Prof. Jana Rudnika 3b
34-700 Rabka-Zdrój

Proszę o przyjęcie do uczestnictwa w projekcie pn.
Szansa na samodzielność. Domowa rehabilitacja dzieci z mukowiscydozą

NAZWISKO I IMIĘ RODZICA/OPIEKUNA	
PESEL RODZICA/OPIEKUNA	
ADRES ZAMIESZKANIA RODZICA/OPIEKUNA (ulica, nr domu/mieszkania, kod, miejscowość)	
WOJEWÓDZTWO	
POWIAT	
TELEFON KONTAKTOWY STACJONARNY I KOMÓRKOWY	
E-MAIL	
NAZWISKO I IMIĘ CHOREGO DZIECKA	

Zgłaszam chęć skorzystania z indywidualnego wsparcia psychologicznego dla rodziców **tak** **nie**

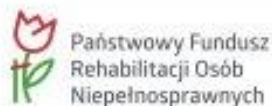
- Oświadczam, że znane mi są zasady realizacji i rekrutacji do projektu.
- Oświadczam, że przystępując do projektu „Szansa na samodzielność. Domowa rehabilitacja dzieci z mukowiscydozą” moje dziecko nie bierze jednocześnie udziału w innych projektach realizowanych ze środków PFRON w podobnym celu.

ZAŁĄCZAM DOKUMENTY:

– oświadczenie o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych rodzica/opiekuna

.....
podpis (rodzica/opiekuna prawnego)

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



....., dnia r.

ADMINISTRATOR
Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą
Ul. Prof. Jana Rudnika 3b, 34-700 Rabka-Zdrój

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
RODZICA/OPIEKUNA UCZESTNIKA PROJEKTU PFRON**

.....
(imię i nazwisko uczestnika)

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a 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 przez Administratora w celu realizacji „Zasad wspierania realizacji zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych, zleczanych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym przez PFRON”.

Dane osobowe zostaną przekazane do PFRON za pośrednictwem aplikacji Ewidencja Godzin Wsparcia w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu przez PTWM oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych realizowanych przez PFRON:

CEL PRZETWARZANIA	TAK	NIE	PODPIS
W celach realizacji „Zasad wspierania realizacji zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych, zleczanych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym przez PFRON”			
W celach monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu przez PTWM oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych realizowanych 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 prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania. Ponadto Administrator poinformował mnie, że:

- 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,**
- dane osobowe przetwarzane na podstawie niniejszej zgody nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....

(podpis uczestnika/przedstawiciela prawnego*)

*w przypadku dziecka, które nie ukończyło 18 lat, zgodę wyraża w jego imieniu przedstawiciel prawny