

Deklaracja uczestnictwa

I. DANE OSOBOWE

| | |
|-----------------|-----------|
| Imię: | Nazwisko: |
| Data urodzenia: | PESEL: |

II. ADRES ZAMIESZKANIA

| | | |
|---------------|--------------|------------|
| Ulica: | Nr domu: | Nr. lokalu |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | |
| Powiat: | Województwo: | |

III. DANE KONTAKTOWE

| | |
|----------|---------|
| Telefon: | e-mail: |
|----------|---------|

IV. DANE DODATKOWE

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Orzeczenie o niepełnosprawności: Stały – <input type="checkbox"/> Czasowy – <input type="checkbox"/> Brak – <input type="checkbox"/> Właściwe zaznacz (Jeżeli czasowy- do kiedy) | Rodzaj schorzenia: Podwójna mastektomia – <input type="checkbox"/> Pojedyncza mastektomia – <input type="checkbox"/> Obrzęk limfatyczny po stronie operowanej – <input type="checkbox"/> Właściwe zaznacz |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

V. DZIAŁNIA

| |
|-----------------------------------------------------------------|
| 1. Zajęcia Pilates Core – <input type="checkbox"/> |
| 2. Indywidualna wizyta terapeutyczna – <input type="checkbox"/> |
| 3. Zajęcia psychotrapeutyczne - <input type="checkbox"/> |

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się, że w przypadku zakwalifikowania się do projektu, wpłacę kwotę w wysokości 30,0zł tytułem częściowej odpłatności w Indywidualnej wizycie terapeutycznej.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis

Wypełnioną Deklarację należy złożyć
w biurze Klubu Amazonki w Białymstoku lub
e-mail: amazonki@amazonki.bialystok.pl

Oświadczenie

- Samodzielnie zgłaszam chęć udziału w zadaniu publicznym „Rehabilitacja szansą na zdrowie i sprawność Amazonki” współfinansowanego ze środków otrzymanych od PFRON.
- Zamieszkuję na terenie województwa podlaskiego.
- Wyrażam chęć uczestniczenia w działaniach zaplanowanych w /w zadaniu.
- Oświadczam, że zapoznałam się z Regulaminem rekrutacji i akceptuję zawarte w nim warunki.
- Zostałam poinformowana, że złożenie Deklaracji nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie. W przypadku nie- zakwalifikowania się do udziału w projekcie lub do któregoś działania nie będę wnosila żadnych roszczeń lub zastrzeżeń do Realizatora tj. Klubu Amazonki.
- Zobowiązuję się do systematycznego udziału w tych formach działania, do których zostanę zakwalifikowana; w przypadku rezygnacji - natychmiast poinformuję KA w Białymstoku.
- Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania KA w Białymstoku o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Deklaracji uczestnictwa.
- Zostałam poinformowana, że podpisanie oświadczenia z pkt. powyżej jest dobrowolne, jego brak uniemożliwia mi wzięcie udziału w projekcie.



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

**Rehabilitacja szansą na zdrowie i sprawność
Amazonki**
**Zadanie publiczne współfinansowane ze środków
otrzymanych od Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**



9. Oświadczam, że zostałam poinformowana o prawie do dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, przetwarzanych przez KA w Białymstoku, PFRON i ROPS, który działa w imieniu Województwa Podlaskiego.

Powyższe dane są zgodne z prawdą. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Czytelny podpis uczestniczki projektu)

Wyrażam dobrowolną zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej Deklaracji (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego 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) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.), do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, form działania, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Klubu Amazonki w Białymstoku jako realizatora zadania publicznego z obowiązków sprawozdawczych wobec Województwa Podlaskiego.

Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku, nazwiska, w dowolnym formacie i we wszystkich mediach do celów związanych z informacją i promocją zadania publicznego bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, iż fotografie, podczas zajęć mogą zostać umieszczone na stronie internetowej Klubu Amazonki.

.....
(miejscowość, data)

.....
(Czytelny podpis uczestniczki projektu)

Załącznik nr 1 do Deklaracji uczestnictwa

Oświadczenie uczestnika Projektu

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do zadania publicznego pn. „**Rehabilitacja szansą na zdrowie i sprawność Amazonki**” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Klub Amazonki w Białymstoku ul. Ogrodowa 12 e-mail: amazonki@amazonki.bialystok.pl; tel. +48 697610948
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g 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) (Dz. Urz. UE L 119 04.05.2016, str. 1, z późn.zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji zadania publicznego współfinansowanego ze środków otrzymanych od PFRON, a w szczególności do potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoringu, promocji i sprawozdawczości.
3. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotowi współfinansującemu zadanie publiczne – PFRON i ROPS w Białymstoku, który działa w imieniu Województwa Podlaskiego.
4. Podanie danych jest warunkiem koniecznym udziału w poszczególnych działaniach, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w ramach Projektu;
5. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w sprawie indywidualnej.
7. Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym Klub Amazonki w Białymstoku realizował zadanie publiczne.
9. Masz prawo kontaktować się z realizatorem działań (KA w Białymstoku) pod wskazanym powyżej adresem.
10. Mam prawo żądać dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz usunięcia a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Czytelny podpis uczestniczki)