**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

**„Treningi bez barier”**

współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Ministerstwa Sportu i Turystyki, Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego, Gminy Wrocław

**DANE OSOBOWE** (Proszę wypełnić drukowanymi literami, w przypadku wykształcenia proszę zaznaczyć „x” w odpowiednim polu)

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię/imiona** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Płeć (Kobieta/Mężczyzna)** |  |
| **PESEL** |  |
| **Wykształcenie** | Przed obowiązkiem szkolnym |  |
| Zajęcia rewalidacyjne |  |
| Niepełne podstawowe |  |
| Podstawowe |  |
| Gimnazjalne |  |
| Zawodowe |  |
| Średnie |  |
| Policealne |  |
| Wyższe |  |

**RODZAJ I STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** (Proszę zaznaczyć „x” w odpowiednim polu)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Stopień niepełnosprawności** | Lekki |  |
| Umiarkowany |  |
| Znaczny |  |
| Orzeczenie o niepełnosprawności |  |
| **Rodzaj niepełnosprawności** | Narządu ruchu |  |
| Narządu wzroku |  |
| Ogólny stan zdrowia |  |
| Sprzężona |  |
| Inny (jaki?) |  |

**ADRES ZAMELDOWANIA:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ulica** |  |
| **Nr domu i lokalu** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Obszar (wiejski/miejski)** |  |
| **Powiat** |  |
| **Województwo** |  |
| **Nr tel. Komórkowy lub stacjonarny** |  |
| **Adres e-mail** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ulica** |  |
| **Nr domu i lokalu** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Powiat** |  |
| **Województwo** |  |

**ADRES ZAMIESZKANIA/KORESPONDENCYJNY[[1]](#footnote-1)\*:**

**STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Tak** | **Nie** |
| **Bezrobotny** (osoba zarejestrowana jako bezrobotna w Urzędzie Pracy w rozumieniu *Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy*) |  |  |
| **Nieaktywny zawodowo** (osoba pozostająca bez zatrudnienia, która jednocześnie nie zalicza się do kategorii bezrobotni) |  |  |
| **Zatrudniony w ZAZ** |  |  |
| **Zatrudniony w ZPCH** |  |  |
| **Zatrudniony na otwartym rynku pracy** |  |  |
| **Zatrudnienie – nie dotyczy** |  |  |
| **Uczestnictwo w WTZ** |  |  |
| Absolwent WTZ – jeśli dotyczy |  |  |

**INNE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy Pan/Pani posiada aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub aktualne orzeczenie o niepełnosprawności lub aktualne orzeczenie równoważne (orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów)? \* | **TAK** | NIE |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie *(wypełnia osoba odpowiedzialna za rekrutację)* |  |

*\*w przypadku zakwalifikowania do projektu kandydat/ka przedkłada kopie aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub aktualnego orzeczenia równoważnego.*

**SKĄD DOWIEDZIAŁ/A SIĘ PAN/PANI O PROJEKCIE?**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**OŚWIADCZENIA KANDYDATKI/KANDYDATA**

|  |
| --- |
| **1. Oświadczam, że jestem / nie jestem\* zdolny/a do czynności cywilnoprawnych.**Jeśli nie – konieczne dane do opiekuna prawnego: |
| *Imię i nazwisko* |  |
| *Dane kontaktowe* |  |
| **2. Oświadczam,** że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu, są zgodne z prawdą. |
| **3. Oświadczam,** żezapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie Treningi bez barier” i spełniam warunki uczestnictwa. |
| **4.Deklaruję** chęć udziału w Projekcie pn. „treningi bez barier” i zobowiązuję się do uczestnictwa w nim w okresie jego trwania. |
| **5.Zobowiązuję się** do brania udziału w zaproponowanych dla mnie formach wsparcia w ramach Projektu i potwierdzania uczestnictwa na listach obecności. Ponadto, w przypadku choroby zobowiązuję się usprawiedliwić swoją nieobecność. |
| **6.Zobowiązuję się** również udzielać niezbędnych informacji o osiąganych rezultatach na każdym etapie realizacji Projektu oraz po jego zakończeniu. |
| **7.Oświadczam** także, iż zostałem/am poinformowany/a, że projekt: „Treningi bez barier” jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Ministerstwa Sportu i Turystyki, Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego i Gminy Wrocław |
| **8.Wyrażam** zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów projektów realizowanych przez Wojewódzkie Zrzeszenie Sportowe Niepełnosprawnych „START” Wrocław na podstawie art.13 rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku Dz. Urz. UEL 119 z 04.05.2016 |
| **9. Wyrażam** zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku utrwalonego na zdjęciach lub filmach w dowolnych publikacjach wykonanych na potrzeby projektu. |
| **10. Oświadczam,** że równolegle nie biorę udziału w innym projekcie, w tym samym zakresie wsparcia, realizowanym w tym samym okresie przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych . |

*..........................................................* .........................................................................

*MIEJSCOWOŚĆ I DATA PODPIS UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU*

*(w przypadku osoby nie posiadającej osobowości prawnej dodatkowo podpis opiekuna prawnego)*

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU**

**„Treningi bez barier”**

W związku z przystąpieniem do projektu pt.„Treningi sportowe”oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

* 1. Administratorem moich danych osobowych jest Wojewódzkie Zrzeszenie Sportowe Niepełnosprawnych „START”, mające siedzibę przy ul. Rakietowej 33, 54-615 Wrocław
	2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych art.13 rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku Dz. Urz. UEL 119 z 04.05.2016 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Projektu;
	3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „Treningi bez barier”, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach powyższego projektu;
	4. Moje dane osobowe zostaną udostępnione przez Wojewódzkie Zrzeszenie Sportowe Niepełnosprawnych „START” Wrocław Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Ministerstwu Sportu i Turystyki, Urzędowi Marszałkowskiemu Województwa Dolnośląskiemu i Gminie Wrocław. Moje dane osobowe mogą zostać ponadto udostępnione specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie powyższych podmiotów kontrole/audyty w ramach projektu;
	5. Wyrażamzgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku utrwalonego na zdjęciach lub filmach w dowolnych publikacjach wykonanych na potrzeby projektu.
	6. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
	7. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

*......................................... ...............................................................................*

MIEJSCOWOŚĆ I DATA PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

*(w przypadku osoby nie posiadającej osobowości prawnej dodatkowo podpis opiekuna prawnego)*

**OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z UDZIAŁU W PROJEKCIE**

**„Treningi bez barier”**

*Zgodnie z przysługującym mi prawem określonym w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Treningi bez barier”* rezygnuję z uczestnictwa z powodu:

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

............................................................................

*Data i podpis uczestnika/uczestniczki projektu*

*(w przypadku osoby nie posiadającej osobowości*

*prawnej dodatkowo podpis opiekuna prawnego)*

*………………………………………..........…*

*(data i podpis osoby przyjmującej)*

*…………………………………………….......…*

*(akceptacja osób uprawnionych)*

1. \* Należy wypełnić w przypadku, gdy adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania. [↑](#footnote-ref-1)