

## FORMULARZ REKRUTACYJNY

Tytuł Projektu: „*Zorganizowanie warsztatów dla dzieci chorujących na cukrzycę typu I w celu wsparcia ich w obszarze edukacji diabetologicznej, psychologii oraz dietetyki.*” Finansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**Dane podstawowe UCZESTNIKA PROJEKTU**  
(prosimy o czytelne wypełnienie wszystkich rubryk **drukowanymi literami**)

Nazwisko	Imię (imiona)
Data i miejsce urodzenia	Płeć <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
PESEL	Wiek (w chwili przystąpienia do projektu)
Telefon kontaktowy	Adres e-mail

### Adres zamieszkania

Miejscowość	Kod __ - ____
Ulica	Nr domu/nr lokalu
Województwo	Powiat
Zamieszkanie <input type="checkbox"/> Miasto 20-50 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> Miasto 50-100 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> Miasto do 20 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> Obszary wiejskie	Będę korzystał ze wsparcia na terenie województwa: <input type="checkbox"/> mazowieckiego <input type="checkbox"/> inne (jakie?) <input type="checkbox"/> podlaskiego ..... <input type="checkbox"/> pomorskiego <input type="checkbox"/> wielkopolskiego

#### 1. Zdiagnozowana cukrzyca typu 1

- Tak  
 Nie

#### 2. Stopień niepełnosprawności

- Orzeczenie o niepełnosprawności (do 16-ego roku życia)  
 Znaczny  
 Umiarkowany  
 Lekki

Orzeczenie ważne w terminie od .....do .....

**3. Udział w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON w okresie 01.01.2020 r. do 31.12.2020 r.**

(UWAGA: nie dotyczy dofinansowań do turnusów rehabilitacyjnych)

- Nie biorę udziału w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON
- Biorę udział w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON
- Brałam/em udział w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON

.....

.....

(proszę wymienić tytuł projektu, okres realizacji, numer konkursu i cel programowy, Wnioskodawcę)

**4. Dochód na rodzinę przekracza 150% najniższego wynagrodzenia**

- Tak
- Nie

**5. Uczestnictwo w WTZ (Warsztaty Terapii Zajęciowej)**

- Absolwent
- Uczestnik
- Nie bierze udziału

**6. Wykształcenie**

- Przed obowiązkiem szkolnym
- Zajęcia rewalidacyjne
- Niepełne podstawowe
- Podstawowe
- Gimnazjalne
- Zawodowe

**7. Ew. inne uwagi:**

.....  
.....

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w ww. Projekcie, wszystkie wyżej podane dane są zgodne z prawdą i zostałam/zostałem pouczona/pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie i w pełni akceptuję zapisy w nim zawarte.

Wyrażam zgodę na nieodwołane i nieodpłatne prawa wielokrotnego wykorzystywania zdjęć z wizerunkiem moim i mojego dziecka, jako uczestnikami Projektu, przez Fundację dla Dzieci z Cukrzycą oraz PFRON bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium, wyłącznie w celu informacji i promocji działań związanych z realizacją Projektu.

.....  
(Data, czytelny Podpis Opiekuna Prawnego Uczestnika/czki Projektu)

Dane osobowe są objęte ochroną prawną zgodnie z Rozporządzeniem 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), w skrócie RODO.

Administratorem danych osobowych jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) oraz Fundacja dla Dzieci z Cukrzycą z siedzibą w Warszawie, ul. Szpitalna 5/16, 00-031 Warszawa. Mam prawo w dowolnym momencie na wycofanie wyrażonej zgody kontaktując się z Administratorem pod wskazanym adresem lub z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: [iod@fundacja-cukrzyca.pl](mailto:iod@fundacja-cukrzyca.pl). Przysługuje mi również prawo do żądania od Administratora dostępu, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych moich i mojego podopiecznego oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych. W razie uchybień w przetwarzaniu danych osobowych mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.