

# Formularz Zgłoszeniowy Uczestnika

do projektu:

„Świadczenie specjalistycznego poradnictwa psychologicznego / psychoterapeutycznego dla osób niepełnosprawnych na terenie województwa lubuskiego”

Zadanie realizowane przez Stowarzyszenie „Warto jest pomagać” ze środków PFRON.

1. Nazwisko i imię: .....

2. Data urodzenia: .....

3. Miejsce zamieszkania /dokładny adres, kod/ .....

Województwo: .....

Telefon: .....

adres e\_mail .....

## OŚWIADCZENIE KANDYDATA DO OTRZYMANIA SPECJALISTYCZNEGO PORADNICTWA PSYCHOLOGICZNEGO /PSYCHOTERAPEUTYCZNEGO.

### 1) Oświadczam, że posiadam orzeczenie o niepełnosprawności.

2) Wyrażam chęć uczestnictwa w projekcie pn. „Świadczenie specjalistycznego poradnictwa psychologicznego /psychoterapeutycznego dla osób niepełnosprawnych na terenie województwa lubuskiego” Zadanie realizowane przez Stowarzyszenie „Warto jest pomagać” ze środków PFRON – Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

3) Wyrażam zgodę na przetwarzanie wyżej wymienionych danych osobowych do celów rekrutacji, realizacji, kontroli i ewaluacji zadania „**Świadczenie specjalistycznego poradnictwa psychologicznego /psychoterapeutycznego dla osób niepełnosprawnych na terenie województwa lubuskiego**” realizowanego przez Stowarzyszenie Warto jest pomagać. Dane są przekazywane dobrowolnie. Zostałem poinformowany o prawie do dostępu oraz możliwości poprawienia danych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, ze zm.) oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO).

4) Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i oświadczam, że dane podane powyżej są zgodne z prawdą.

5) Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego postanowienia.

.....  
/miejscowość i data/

.....  
/czytelny podpis/



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

