**Karta zgłoszenia do Projektu „Asystencja osobista II”**

**finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

**I. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: ………………………………………………………………………….

Data urodzenia: …………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………………………

Telefon: …………………………………………………………………………………………………………

E-mail: ………………………………………………………………………………………………………….

Stopień niepełnosprawności: □ znaczny □ umiarkowany

**Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………………...

**Informacje na temat wnioskowanego zakresu usług asystenta osobistego:**

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

**II. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu (jeśli dotyczy):**

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu: …………………………………………….………

Telefon:…………………………….. E-mail:……………………………….

**III. Oświadczenia:**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Projektu „Asystencja osobista II” (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (że zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Projektu „Asystencja osobista II”.

Miejscowość ………………………………., data ……………….

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

………………………………………………….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Do Karty zgłoszenia do Projektu „Asystencja osobista II” należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych.

KLAUZULA INFORMACYJNA

1. Informujemy, że administratorem Pana/Pani danych osobowych będzie Fundacja Laboro z siedzibą w Białymstoku przy ul. H.Ordonówny 4/54.
2. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane w celu rekrutacji do projektu „Asystencja osobista II”.
3. Dane będą przetwarzane do czasu zakończenia rekrutacji do projektu „Asystencja osobista II”.
4. Dane nie będą udostępniane innym podmiotom.
5. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, oraz prawo wniesienia sprzeciwu.
6. Posiada Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, że przetwarzanie podanych danych osobowych narusza przepisy RODO.
7. Podanie danych jest dobrowolne, ale ich niepodanie wiąże się z niemożliwością uczestnictwa w projekcie.

*…………..………………………………................... ………………………………………………………*

Miejscowość, data Czytelny podpis Uczestnika/czki

…………………………………………………………… ...........................................................

(data i podpis osoby przyjmującej) Czytelny podpis rodzica /opiekuna prawnego / przedstawiciela ustawowego