

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA nr \_\_\_\_\_ /2015

w projekcie/zadaniu publicznym:

### **„AKADEMIA ZDROWEGO RODZICA”**

współfinansowanym ze środków Miasta Rybnik  
oraz ze środków Stowarzyszenia na rzecz wspomagania osób z niepełnosprawnością i ich otoczenia „Razem”

#### JAK WYPEŁNIĆ?

- ▶ W pole oznaczone przerywanymi liniami \_\_\_\_\_ wpisz odpowiednie nazwy, wyrazy zgodne z treścią poprzedzających ich instrukcji
- ▶ Pól oznaczone na szaro \_\_\_\_\_ nie należy wypełniać
- ▶ W razie wątpliwości dzwoń: + 48 796 770 425
- ▶ Deklaracje uczestnictwa składać w biurze Stowarzyszenia „Razem” lub pocztą na adres: ul. Piasta 35, 44-200 Rybnik

#### Część I. Dane dotyczące kandydata/kandydatki do projektu:

1. Imię: \_\_\_\_\_
2. Nazwisko: \_\_\_\_\_
3. PESEL: \_\_\_\_\_
4. Wiek: \_\_\_\_\_
5. Miejsce i data urodzenia: \_\_\_\_\_
6. Adres: ulica: \_\_\_\_\_ nr domu/lokalu: \_\_\_\_/\_\_\_\_ kod pocztowy \_\_\_\_ - \_\_\_\_ miejscowość: \_\_\_\_\_
7. Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_
8. Adres poczty elektronicznej (e-mail) \_\_\_\_\_

#### Część II. Zgody i oświadczenia kandydata/kandydatki bądź rodzica/opiekuna prawnego kandydata/kandydatki

Wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy danych i przetwarzanie moich danych osobowych/danych osobowych mojego dziecka\*, obecnie i w przyszłości przez Stowarzyszenie na rzecz wspomagania osób z niepełnosprawnością i ich otoczenia „Razem” (Piasta 35, 44-200 Rybnik) w związku z realizacją celów statutowych Stowarzyszenia (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych - Dz. U. Nr 101 z 2001 r. poz. 926 z późniejszymi zmianami). W każdej chwili przysługuje mi prawo: wglądu do danych, korekty danych a także wycofania niniejszej zgody.

Oświadczam, że jestem świadomy/a praw i obowiązków związanych z moim uczestnictwem/uczestnictwem mojego dziecka\* w projekcie: „**AKADEMIA ZDROWEGO RODZICA**” współfinansowanym ze środków Miasta Rybnik oraz ze środków Stowarzyszenia na rzecz wspomagania osób z niepełnosprawnością i ich otoczenia „Razem”

Oświadczam, także iż znane są mi założenia projektu oraz zakres mojego w nim uczestnictwa/uczestnictwa w nim mojego dziecka.\*

Oświadczam, że mój stan zdrowia/stan zdrowia mojego dziecka\* pozwala na udział w projekcie: „**AKADEMIA ZDROWEGO RODZICA**” współfinansowanym ze środków Miasta Rybnik oraz ze środków Stowarzyszenia na rzecz wspomagania osób z niepełnosprawnością i ich otoczenia „Razem”.

Wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku/wizerunku mojego dziecka\* przez Stowarzyszenie na rzecz wspomagania osób z niepełnosprawnością i ich otoczenia „Razem” (ul. Piasta 35, 44-200 Rybnik, KRS: 0000311733) w związku z realizacją projektu: „**AKADEMIA ZDROWEGO RODZICA**” współfinansowanym ze środków Miasta Rybnik oraz ze środków Stowarzyszenia na rzecz wspomagania osób z niepełnosprawnością i ich otoczenia „Razem” pozyskanych z 1% podatku, a także w związku z realizacją przez Stowarzyszenie „Razem” jego celów statutowych.

Oświadczam, że odpowiedzialność karna za podanie danych niezgodnych z rzeczywistością wynikającą z art. 233 kodeksu karnego jest mi znana. Niniejszym oświadczam, że wyżej podane dane (w części I i II) są zgodne z prawdą.

-----  
Miejscowość i data

-----  
Czytelny podpis

\* Niepotrzebne skreślić