KARTA ZGŁOSZENIOWA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE „Rehabilitacja przez sport II”- SPARTAKIADA

 27.09 – 30.09.2024 – DUSZNIKI ZDRÓJ

1. DANE OSOBOWE:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko:  |  |
| PESEL: |  |
| Miejscezamieszka- nia: | ulica/wieś  |  |
| nr domu, nr lokalu |  |
| kod pocztowy  |  |
| miejscowość/poczta |  |
| powiat |  |
| Stopień niepełnosprawności z tytułu wzroku: | * znaczny
* umiarkowany
 |
| Orzeczenie ważne do m-c/rok: |  |
| Dodatkowe informacje(zakreślić właściwe) | * osoba niedowidząca
* całkowita utrata wzroku
* potrzebuje przewodnika/

osoby do pomocy |
| Dodatkowe schorzenia/ szczególne potrzeby: |  |
| Nr telefonu (jeżeli posiada): |  |
| Adres mail (jeżeli posiada): |  |
| Telefon osoby z rodziny / bliskiej do kontaktu |  |

1. OŚWIADCZENIA:
2. Deklaruję chęć udziału w Spartakiadzie Sportowo-Rekreacyjnej w ramach projektu „Rehabilitacja przez sport II” realizowanym przez Polski Związek Niewidomych Okręg Dolnośląski, współfinansowanym przez Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego ze środków PFRON.
3. W przypadku zakwalifikowania się do projektu zobowiązuję się do przestrzegania zasad udziału w spartakiadzie w tym aktywnego uczestnictwa w wydarzeniu oraz współpracy z instruktorami oraz organizatorami projektu.
4. Zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich konkurencjach przygotowanych przez kadrę instruktorską.
5. Właściwe podkreślić:
Tak / Nie Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych powyżej, oraz wizerunku przez Polski Związek Niewidomych Okręg Dolnośląski z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Grunwaldzka 12 b oraz Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Wybrzeże Juliusza Słowackiego 12-14 działających jako współadministratorzy w celach związanych z realizacją projektu: „Rehabilitacja przez sport II”-
6. Podanie danych jest dobrowolne, jednakże konieczne w celu uczestniczenia w projekcie.
7. Klauzula informacyjna RODO znajduje się na stronie PZN Okręgu Dolnośląskiego pod adresem: <http://dolnoslaski.pzn.org.pl/dokumenty-zwiazkowe/>

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

Podpis kandydata

3. REKOMENDACJA ZARZĄDU KOŁA TERENOWEGO PZN

Koło Terenowe PZN rekomenduje/ nie rekomenduje kandydata (skreślić niepotrzebne)

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

 Podpis i pieczątka Prezesa Zarządu Koła