

# KARTA ZGŁOSZENIA NA SZKOLENIE INDYWIDUALNE

## I. DANE OSOBOWE KANDYDATA:

1. IMIĘ I NAZWISKO: .....
2. PESEL: .....
3. ADRES ZAMIESZKANIA: .....
4. TEL. KONTAKTOWY/ E-MAIL:.....
5. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:.....
6. ORZECZENIE WAŻNE DO: .....
7. STAN WZROKU (z niżej podanych prosimy podkreślić właściwe):  
całkowita utrata wzroku, poczucie światła, widzi kontury, rozpoznaje przedmioty, osoby,  
czyta czarny druk
8. DODATKOWE SCHORZENIA .....
9. IMIĘ I NAZWISKO RODZICA/OPIEKUNA (dotyczy osoby niepełnoletniej)  
.....

## II. WNIOSEK

Proszę o objęcie *mnie/mojego dziecka* indywidualnym szkoleniem w łącznym wymiarze 10 godzin, z zakresu (*prosimy wybrać właściwe*):

- orientacji przestrzennej i posługiwania się białą laską;
- czynności życia codziennego i samoobsługi;
- pisma Braille'a;
- obsługi komputera z oprogramowaniem udźwiękawiającym/ powiększającym/ bez oprogramowania specjalistycznego (*prosimy podkreślić właściwe*)
- zajęcia z psychologiem;



**DOLNY  
ŚLĄSK**

**DOTYCHCZASOWY UDZIAŁ w innych szkoleniach indywidualnych lub grupowych  
dotyczących wybranej tematyki                       TAK    NIE**

*(jeśli TAK, należy wskazać temat szkolenia, organizatora szkolenia, termin)*

**DODATKOWE UZASADNIENIE I INFORMACJE DLA ORGANIZATORÓW**  
*(np. posiadam podstawową znajomość obsługi komputera, ale chciałbym nauczyć się przeglądać strony internetowe i korzystać z oprogramowania udźwiękowiającego)*

1. W przypadku zakwalifikowania się do projektu zobowiązuję się rzetelnego i sumiennego uczestniczenia w zaplanowanych zajęciach w pełnym wymiarze czasowym oraz współpracy z instruktorem i organizatorami projektu.
2. Wniesienia wymaganej opłaty za udział w szkoleniu w kwocie 5 zł za godzinę zajęć.
3. W przypadku rezygnacji ze szkolenia z mojej winy, zobowiązuję się zwrócić pełne koszty zajęć odpowiadające ilości wykorzystanych godzin szkolenia.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polski Związek Niewidomych Okręg Dolnośląski z siedzibą we Wrocławiu, ul. Grunwaldzka 12 b, 50-355 Wrocław oraz przez Urząd Marszałkowski Województwa Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polski Związek Niewidomych Okręg Dolnośląski z Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu, Wybrzeże Słowackiego 12-14, 50-411 Wrocław, w celach związanych z realizacją projektu zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 ze zm.). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....

**Podpis wnioskodawcy**

(w przypadku osób niepełnoletnich – podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

---

**REKOMENDACJA ZARZĄDU KOŁA:**

**ZARZĄD KOŁA POPIERA / NIE POPIERA WNIOSEK(U) O SZKOLENIE  
INDYWIDUALNE**

.....  
Podpis i pieczęć Prezesa Zarządu Koła

Załączniki:

a) kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności