



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA

osoba niewidoma osoba niedowidząca

1) Stopień niepełnosprawności z tytułu wzroku:

znaczny umiarkowany orzeczenie o niepełnosprawności brak

2) Imię i nazwisko:

3) Adres zamieszkania:

4) Orzeczenie ważne do (miesiąc, rok):

5) PESEL:

6) Telefon kontaktowy:

7) Adres e-mail:

1. Właściwie podkreślić:

Tak / Nie **Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych**

osobowych mojego podopiecznego podanych powyżej, oraz wizerunku przez Polski Związek Niewidomych Okręg Dolnośląski z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Grunwaldzka 12 b, oraz

.....
.....

działających jako współadministratorzy w celach związanych z realizacją projektu:

.....

2. Podanie danych jest dobrowolne, jednakże konieczne w celu uczestniczenia w projekcie

3. **Klauzula informacyjna RODO** znajduje się na stronie PZN Okręgu Dolnośląskiego pod adresem: <http://dolnoslaski.pzn.org.pl/dokumenty-zwiaskowe/>

.....

Data i podpis opiekuna prawnego