

Data wpływu formularza

FORMULARZ ZGŁOSZENIA
Projekt „Walcz o zdrowie! - wsparcie rehabilitacji osób niesamodzielnych z województwa śląskiego”
 UDA-RPSL.09.02.06-24-0697/17-00

1. Imię (imiona) i nazwisko			
2. PESEL		3. Płeć	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
4. Telefon kontaktowy, e-mail		5. Data urodzenia	
6. Adres zamieszkania (województwo, powiat, gmina, miejscowość, ulica, nr budynku, nr lokalu)			
7. Opis stanu zdrowia i sytuacji problemowej (kilka zdań)			
8. Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	9. Osoba z niepełnosprawnościami sprzężonymi (wielokrotna niepełnosprawność)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
10. Osoba z niepełnosprawnością intelektualną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	11. Osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczających wielokrotnego wykluczenia społecznego (wykluczenie społeczne z więcej niż jednego powodu)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
12. Osoba korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		

Wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy danych i przetwarzanie moich danych osobowych obecnie i w przyszłości przez CM Rehab sp. z o.o. oraz organy administracji rządowej oraz samorządowej lub upoważnione przez nie instytucje (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych – Dz. U. nr 101 z 2002 r. poz. 926 z późniejszymi zmianami) – w celach związanych z rekrutacją do projektu oraz Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1)

Oświadczam, że zapoznałem/-am się i akceptuję Regulamin rekrutacji do udziału w projekcie pn. **„Walcz o zdrowie! - wsparcie rehabilitacji osób niesamodzielnych z województwa śląskiego”**

.....

Data i podpis Kandydata do projektu lub osoby sprawującej faktyczną opiekę nad nim