

Karta zgłoszenia uczestnika do projektu „Aktywność społeczna Osób z Niepełnosprawnością w Instytucie Dostępności”			
Nazwisko			
Imiona			
Pesel			
Płeć	Kobieta		Mężczyzna
Data i miejsce urodzenia			
Adres zamieszkania	Województwo		
	Powiat		
	Gmina		
	Kod pocztowy		
	Miejscowość		
	Ulica		
	Numer domu		
Telefon kontaktowy			
Adres e-mail			
Jestem osobą z niepełnosprawnością	Tak		Nie
Stopień niepełnosprawności	Znaczny		
	Umiarkowany		
	Lekki		
	Osoba do 16 roku życia		
Rodzaj Jednostki Chorobowej	Uszkodzenie narządu ruchu (proszę opisać jakie)		



	Niepełnosprawność intelektualna (proszę uszczegółwić)
	Uszkodzenia narządu wzroku (proszę opisać jakie)
	Uszkodzenia narządów słuchu i mowy (proszę opisać jakie)
	Niepełnosprawność sprzężona (proszę uszczegółwić)
	Zaburzenia spektrum autyzmu (proszę uszczegółwić)
	Zaburzenia funkcji poznawczych (np. demencja, alzheimer)
	Inne (proszę opisać jakie)
Potrzebne dostosowania do prowadzenia zajęć, Jakiego dostosowania oczekuje Pan/Pani podczas realizacji projektu	Głośnego mówienia
	Powolnego przekazywania treści
	Stosowania pomocy technicznych (proszę opisać jakiej)
	Tłumacza języka migowego
	Dostosowania wielkości czcionki, kontrastu przedstawianego tekstu
	Dostosowania miejsca konsultacji do indywidualnych potrzeb np. wysokość blatu czy odpowiedniego(ergonomicznego) krzesła
	Używanie języka łatwego
	Innej (proszę poniżej napisać jakiej)



O wzięciu udziału w projekcie zdecyduje spełnienie kryteriów projektowych oraz kolejność zgłoszeń

Ja niżej podpisany/na:

Jakie godziny konsultacji Pan/Pani preferuje	poranne
	popołudniowe
	wieczorne
Jaką formę konsultacji Pan/Pani preferuje	konsultacja stacjonarna
	teleporady
	konsultacja online za pomocą platformy ZOOM

- Oświadczam, że wszelkie informacje, które podałem/am są zgodne z prawdą.
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Aktywność społeczna Osób z Niepełnosprawnością w Instytucie Dostępności” i go akceptuję.
- Niniejszym udzielam zgody Fundacji „Potrafię Pomóc” na Rzecz Dzieci Niepełnosprawnych z Wadami Rozwojowymi, z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Horbaczewskiego 24, 54-130 Wrocław, a także nieodpłatnego prawa wielokrotnego wykorzystywania zdjęć i filmów z mojego wizerunkiem, zarejestrowanych podczas realizacji projektu ABC wsparcia osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin, przez ww. Fundację. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć i filmów, za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu promowania działalności Fundacji „Potrafię Pomóc”. Zdjęcia mogą być wykorzystywane w szczególności na oficjalnej stronie internetowej www.potrafiepomoc.org.pl oraz na portalu społecznościowym Facebook zarządzanym przez Fundację <https://www.facebook.com/FundacjaPotrafiePomoc/>, mediach i materiałach drukowanych. Wizerunek nie może być użyty w formie lub publikacji obraźliwej lub naruszać w inny sposób dóbr osobistych.
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z Klauzulą Informacyjną Administratora Danych Osobowych dla Podopiecznych oraz Opiekunów, stanowiącą załącznik niniejszej Karty zgłoszenia i ją akceptuję, co jest jednoznaczne z wyrażeniem przeze mnie zgody na przetwarzanie przez Administratora moich danych osobowych.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w powyższym formularzu, w tym szczególnych kategorii danych osobowych dotyczących stanu zdrowia i stopnia niepełnosprawności przez Fundację „Potrafię Pomóc” na Rzecz Dzieci Niepełnosprawnych z Wadami Rozwojowymi z siedzibą we Wrocławiu, ul. Horbaczewskiego 24, KRS: 0000303590, NIP: 8992642928, REGON: 020747657, w celu zarejestrowania mojego zgłoszenia do udziału we wskazanym powyżej projekcie. Jestem świadomy/a dobrowolności podania danych osobowych.

Miejscowość i data	
Podpis	