**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

 *do projektu „Centrum Aktywizacji i Integracji BAZA
- programy Wilderness Therapy dla osób z niepełnosprawnościami”*

| **Realizator** | **Fundacja Imago** |
| --- | --- |
| **Nr projektu** | **NOWE FIO nr 33701** |
| **Dane Uczestnika projektu** | **Lp.** | **Nazwa** |  |
| 1 | Imię |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | PESEL |  |
|  | Brak PESEL | ☐ TAK |
| 5 | Płeć | ☐ Kobieta☐ Mężczyzna |
| 6 | Wiek  |  |
| 7 | Województwo |  |
| 8 | Powiat |  |
| 9 | Gmina |  |
| 10 | Miejscowość |  |
| 11 | Ulica |  |
| 12 | Nr budynku |  |
| 13 | Nr lokalu |  |
| 14 | Kod pocztowy |  |
| 15 | Telefon |  |
| 16 | Adres e-mail |  |
|  | 17 | Osoba z niepełnosprawnościami | ☐ TAK ☐ NIE |

Niniejszym potwierdzam, że wyżej wymienione dane są zgodne z prawdą. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych, zbieranych w celach związanych z rekrutacją, monitoringiem i ewaluacją projektu „Centrum Aktywizacji i Integracji BAZA - programy Wilderness Therapy dla osób z niepełnosprawnościami” (*zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO*).

……………………………. ………..……………………………………….

Data Podpis Kandydata/tki do projektu

………………………………………………….

Podpis opiekuna prawnego

Deklaruję chęć przystąpienia do projektu „*Centrum Aktywizacji i Integracji BAZA
- programy Wilderness Therapy dla osób z niepełnosprawnościami”* i zobowiązuję się do udziału w działaniach realizowanych w ramach projektu.

……………………………. ………..……………………………………….

Data Podpis Kandydata/tki do projektu

………………………………………………….

Podpis opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Zgodnie z treścią art. 6 ust. 1 lit. a) RODO oraz na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dnia 4 lutego 1994 r. (t.j. Dz.U. z 2017 r. Nr 880) dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku, w tym na nieodpłatne wykorzystanie zdjęcia / materiałów video z moim wizerunkiem bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania, w celu promocji działań fundacji, w tym: projektu „*Centrum Aktywizacji i Integracji BAZA - programy Wilderness Therapy dla osób z niepełnosprawnościami”*. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć/ materiałów video przez Fundację Imago. Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, iż zdjęcia/ materiały video mogą zostać umieszczone na stronie internetowej i mediach społecznościowych Fundacji Imago oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych tj. ulotki, artykuły, publikacje. Administratorem danych osobowych jest Fundacja Imago we Wrocławiu, reprezentowany przez Prezesa Fundacji, z siedzibą we Wrocławiu ul. Hallera 123, 53-201 Wrocław, tel. 513 362 807, e-mail: piotr.kuzniak@fundacjaimago.pl

………………………………. ………..……………………………………….

Data Podpis Kandydata/tki do projektu

……………………………………………….

Podpis opiekuna prawnego