

**KARTA ZGŁOSZENIOWA
do projektu „Złap oddech z Naszpikowanymi”**

Uprzejmie prosimy o czytelne wypełnienie rubryk wielkimi literami i zaznaczenie krzyżykiem odpowiedniego kwadratu															
Dane podstawowe uczestnika projektu															
Nazwisko					Imię (imiona)										
Płeć		<input type="checkbox"/> kobieta		<input type="checkbox"/> mężczyzna		Data urodzenia		D	D	M	M	R	R	R	R
Liczba dzieci w rodzinie	Jestem w trakcie leczenia onkologicznego		TAK / NIE		Mam chorego/-ą onkologicznie brata/siostrę		TAK / NIE								
	Jestem po leczeniu onkologicznym		TAK / NIE		Mam chore onkologicznie dziecko		TAK / NIE								
Dane kontaktowe uczestnika projektu															
Ulica					Nr domu / lokalu		/								
Kod pocztowy					Miejscowość										
Tel. do kontaktu					Adres e-mail										
Proponowane zajęcia															
Wybierz zajęcia, w których chciałbyś/chciałabyś uczestniczyć:															
Zajęcia skierowane do pacjentów:			Zajęcia skierowane do rodzeństwa pacjentów:				Zajęcia skierowane do rodziców pacjentów:								
<input type="checkbox"/> zajęcia indywidualne z psychologiem <input type="checkbox"/> zajęcia SI <input type="checkbox"/> TUS			<input type="checkbox"/> zajęcia indywidualne z psychologiem <input type="checkbox"/> arteterapia				<input type="checkbox"/> grupa wsparcia								

Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu	
Osoba w niekorzystnej sytuacji społecznej (niski dochód/korzystanie z pomocy MOPR/MOPS)	<input checked="" type="checkbox"/> Tak Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Oświadczenia:	
Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń lub zatajanie prawdy oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym formularzu rekrutacyjnym odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.	
Oświadczam, że zapoznałem/łam się i akceptuję warunki określone w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Złap oddech z Naszpikowanymi”, finansowanym z dotacji Fundacji DKMS.	
Oświadczam, że spełniam warunki udziału w projekcie „Złap oddech z Naszpikowanymi”.	
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie do realizacji procesu rekrutacji 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 dyrektywy95/46/WE(RODO).	

.....

 data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/-CZKI PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Złap oddech z Naszpikowanymi” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do czynności przetwarzania/procesów w ramach projektu jest Fundacja Naszpikowani z siedzibą w Choroszczy, ul. Adama Mickiewicza 24, 16-070 Choroszcz (zwana dalej jako Administrator). Kontakt możliwy jest za pośrednictwem adresu e-mail: kontakt@naszpikowani.pl lub pod numerem tel.: 690 001 972,
- 2) dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych (e-mail: iodo@naszpikowani.pl);
- 3) podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit. g) Rozporządzenia 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) (Dziennik Urzędowy UE L 119);
- 4) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji ww. Projektu, w zakresie zarządzania, kontroli, audytu, ewaluacji, monitorowania, sprawozdawczości i raportowania w ramach Programu;
- 5) podanie danych jest wymogiem ustawowym pozwalającym na realizację celów wymienionych w pkt 4, niepodanie danych osobowych wyklucza z udziału w ww. Projekcie;
- 6) kategoriami odbiorców danych są podmioty, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji, Podmioty świadczące usługi IT, Podmioty wykonujące badania ewaluacyjne, osoby upoważnione, operatorzy pocztowi oraz podmioty wykonujące zadania w zakresie archiwizacji;
- 7) moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z realizacji Projektu oraz z przepisów prawa dot. archiwizacji;
- 8) mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do sprzeciwu;
- 9) mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;
- 10) moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 rozporządzenia RODO;
- 11) po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię beneficjentowi informacje na temat nabycia kompetencji w celu realizacji zadań w zakresie monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno – promocyjnych.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego