



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU  
„Samodzielne osoby niepełnosprawne w codziennym życiu”  
ZZO/000421/15/D**

**CZĘŚĆ I  
DANE PERSONALNE**

Imię:													
Nazwisko:			Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta										
PESEL:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												<input type="checkbox"/> Mężczyzna
<b>Adres zamieszkania:<sup>1</sup></b>													
Województwo:													
Powiat:													
Gmina:													
Miejscowość:													
Ulica:													
Numer domu:	Numer lokalu:												
Kod pocztowy:													
Telefon kontaktowy:													
Adres e-mail:													
Adres do korespondencji (proszę podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania):	Województwo:												
	Powiat:												
	Gmina:												
	Miejscowość:												
	Ulica:												
	Numer domu:		Numer lokalu:										

<sup>1</sup> Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. W przypadku osób bezdomnych – miejsce przebywania (na terenie woj. wielkopolskiego, lubuskiego, kujawsko-pomorskiego i zachodniopomorskiego, w przypadku osób fizycznych - uczą się lub zamieszkują na ww. terenie w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, os. bezdomne - przebywają na tym obszarze).



	Kod pocztowy:	
<b>CZĘŚĆ II</b> <b>Wykształcenie</b>		
Oświadczam, że mam wykształcenie (proszę zaznaczyć właściwe):	Brak (brak formalnego wykształcenia) ISCED 0	
	Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) ISCED 1	
	Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) ISCED 2	
	Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) ISCED 3	
	Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) ISCED 4	
	Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie) ISCED 5-8	



Oświadczam, że:	Jestem osobą z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/>	TAK
	( <b> należy dołączyć kopię orzeczenia/opinii lub inny dokumentów niepełnosprawności zgodny z właściwą ustawą</b> )	<input type="checkbox"/>	NIE
		<input type="checkbox"/>	ODMOWA
	Zwracamy się z prośbą o podanie informacji dot. Państwa szczególnych potrzeb wynikających z niepełnosprawności. Informacja posłuży do zidentyfikowania potrzeb w zakresie występujących barier architektonicznych, komunikacyjnych, technicznych, itp., które mogą utrudnić Państwu uczestnictwo w ramach projektu. Uzyskane informacje zostaną wykorzystane do poprawy jakości realizowanych działań w projekcie oraz do zapewnieniu Państwu pełnej dostępności form wsparcia świadczonego w ramach projektu	..... .....	
	Znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności <sup>6</sup> ( <u>podkreślić poprawne</u> )	<input type="checkbox"/>	TAK
		<input type="checkbox"/>	NIE
	z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	<input type="checkbox"/>	TAK
		<input type="checkbox"/>	NIE



**OŚWIADCZENIA:**

**Świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:**

1. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w ww. Formularzu są prawdziwe.
2. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa projekcie „**Samodzielne osoby niepełnosprawne w codziennym życiu**” i wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w ww. projekcie.
3. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
4. Wyrażam zgodę/ Nie wyrażam na wykorzystanie mojego wizerunku w celu udokumentowania zajęć szkoleniowych, podczas których prowadzona będzie dokumentacja zdjęciowa.

.....  
**data i czytelny podpis**

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. **Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności** lub niezdolności do pracy wydane zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – dotyczy osób niepełnosprawnych.

## Oświadczenie Uczestnika Projektu

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Samodzielne osoby niepełnosprawne w codziennym życiu**” przyjmuję do wiadomości, iż:

Administratorami danych osobowych beneficjentów ostatecznych projektu oraz personelu projektu, zgromadzonych w EGW są Zleceniobiorca - **Ośrodek Wsparcia Osób Niepełnosprawnych I Niesamodzielnych** z siedzibą w 62-064 Plewiska, ul. Kminkowa 182e M.2 oraz **PFRON**.

Strony niniejszej umowy zobowiązane są do przestrzegania obowiązków administratora danych osobowych, wynikających z przepisów 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej „**RODO**” oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych. Obowiązek przestrzegania ww. przepisów spoczywa na Zleceniobiorcy także wówczas, gdy zgodnie z postanowieniami niniejszej umowy nie jest konieczne prowadzenie przez Zleceniobiorcę EGW, ale prawidłowa realizacja projektu wymaga od Zleceniobiorcy zgromadzenia danych osobowych beneficjentów ostatecznych projektu. W przypadku przetwarzania danych osobowych przez PFRON spełnione są przesłanki wynikające z art. 6 ust. 1 lit. b, c i e RODO oraz z art. 9 ust. 2 lit. b, c, g RODO – dlatego też nie jest konieczne uzyskanie przez PFRON (jako administratora danych osobowych) zgody na przetwarzanie danych osobowych od beneficjentów ostatecznych projektu oraz personelu projektu. PFRON przetwarza dane ww. osób w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu przez Zleceniobiorcę oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

1. W związku z postanowieniami ust. 2 Zleceniobiorca zobowiązany jest w szczególności do:
  - 1) spełnienia obowiązków informacyjnych wynikających z art. 13 RODO; ponadto, Zleceniobiorca zobowiązany jest do poinformowania beneficjentów ostatecznych projektu oraz personelu projektu, że ich dane osobowe zostaną przekazane do PFRON w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu przez Zleceniobiorcę oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych realizowanych przez PFRON;
  - 2) przestrzegania praw osób, których dane dotyczą, określonych w rozdziale III RODO;
  - 3) prowadzenia rejestru czynności przetwarzania danych osobowych (art. 30 RODO);
  - 4) zachowania bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych (art. 32 RODO);
  - 5) przeprowadzenia czynności wskazanych w art. 35 ust. 1-7 RODO.

2. PFRON zastrzega sobie prawo kontroli sposobu wykonywania przez Zleceniobiorcę zobowiązań, o których mowa w ust. 2-3.
3. Zleceniobiorca zobowiązany jest do uzyskania od każdego beneficjenta ostatecznego projektu (nie rzadziej niż raz w miesiącu) poświadczenia korzystania ze wsparcia w ramach projektu (podpis na liście obecności dotyczącej formy wsparcia z której korzysta beneficjent). Warunek nie dotyczy beneficjentów ostatecznych, którzy w projekcie korzystają wyłącznie ze wsparcia udzielanego w formie jednorazowych porad lub informacji (w tym ze wsparcia udzielanego drogą telefoniczną lub internetową). W przypadku osób nieposiadających zdolności do czynności prawnych – lista podpisywana jest przez przedstawiciela ustawowego tej osoby. Zleceniobiorca zobowiązany jest do udostępnienia PFRON ww. poświadczeń podczas przeprowadzanych czynności kontrolnych oraz wizyt monitoringowych. Beneficjent ostateczny projektu potwierdza otrzymane wsparcie jedynie w tych miesiącach, w których wsparcie to zostało mu faktycznie udzielone (dotyczy beneficjentów, którzy w ciągu całego okresu realizacji projektu korzystają z danej formy wsparcia w wybranych miesiącach). W sytuacji, gdy projekt przewiduje formy wsparcia realizowane przy udziale rodziców (opiekunów) beneficjentów ostatecznych lub formy wsparcia realizowane na rzecz rodziców (opiekunów) beneficjentów ostatecznych – powyższe postanowienia dotyczące obowiązku uzyskania poświadczenia korzystania ze wsparcia stosowane są analogicznie w odniesieniu do rodziców (opiekunów).

.....  
data i podpis Uczestnika projektu