

FORMULARZ REKRUTACYJNY

do zadania „**JAKIE DIAGNOZOWANIE- TAKIE EFEKTY TERAPII**”

realizowanego w okresie od 26 lipca 2021r. do 15 października 2021r.
Zadanie dofinansowane ze środków PFRON będących w dyspozycji Samorządu Województwa Podkarpackiego- Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Rzeszowie.

Imię i nazwisko uczestnika/uczestniczki.....

PESEL.....

Adres zameldowania uczestnika/uczestniczki: Ulica.....,

Nr budynku/lokalu....., Kod pocztowy.....,

Poczta....., Miejscowość.....,

Województwo....., Powiat.....,

Gmina.....

Telefon kontaktowyE-mail

Czy uczestnik/uczestniczka posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności?.....

Jeżeli tak, to jakiego rodzaju niepełnosprawności dotyczy?.....

Jaka jest liczba dzieci w rodzinie?.....

Czy uczestnik/uczestniczka wychowuje się w rodzinie pełnej?.....

Czy rodzina korzysta z pomocy opieki społecznej?.....

Deklaracja uczestnictwa we wsparciu (proszę zaznaczyć X przy wybranych):

1) Diagnoza

2) Zajęcia rehabilitacyjne

3) Zajęcia hipoterapii

.....
Miejscowość i data

.....
(Czytelny podpis Uczestnika/Opiekuna)

Do formularza proszę załączyć ksero orzeczenia o niepełnosprawności i zaświadczenie od lekarza lub fizjoterapeuty o braku przeciwwskazań do hipoterapii.

Świadoma/-y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 6 w zw. z § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8 za składanie fałszywych zeznań

oświadczam że:

- *dane zawarte w niniejszym formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą,*
- *zapoznałam/em się z REGULAMINEM oraz akceptuję jego warunki,*
- *zostałam/am poinformowany/a o współfinansowaniu zadania ze środków PFRON będących w dyspozycji Samorządu Województwa Podkarpackiego- Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Rzeszowie*
- *zobowiązuję się do udzielania niezbędnych informacji dla celów monitoringu, kontroli i ewaluacji w trakcie i po zakończeniu udziału w zadaniu,*
- *zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją zadania,*
- *zobowiązuję się do zachowania w poufności wszelkich informacji uzyskanych poprzez mój udział w zadaniu, w szczególności danych osobowych innych uczestników.*

.....
(Data)

.....
(Czytelny podpis Uczestnika/Opiekuna)

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA ZADANIA

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 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) (Dz.Urz.UE.L.119.1), dalej „RODO”)

W związku z przystąpieniem do Zadania pn. „Jakie diagnozowanie- takie efekty terapii”, przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest STOWARZYSZENIE NA RZECZ WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA I JEGO RODZINY „S.O.S.”, Grębów, ul. Dolańskich 142, 39-410 Grębów.
2. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Zadania pn. „Jakie diagnozowanie- takie efekty terapii” w szczególności w zakresie zarządzania, potwierdzania kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia uczestnikom zadania, ewaluacji, monitoringu, kontroli, sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych.
3. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest 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)
4. Stowarzyszenie będzie przetwarzać następujące kategorie danych:
 - 1) *Imię,*
 - 2) *Nazwisko,*
 - 3) *PESEL,*
 - 4) *Adres: Ulica, Nr budynku, Nr lokalu, Kod pocztowy, Poczta, Miejscowość, Województwo, Powiat, Gmina,*
 - 5) *Nr telefonu,*
 - 6) *Adres e-mail,*
 - 7) *Rodzaj przyznanego wsparcia,*
 - 8) *Warunki socjalno- bytowe(rodzaj niepełnosprawności, korzystająca ze wsparcia pomocy społecznej, liczba dzieci w rodzinie, rodzina, pełna, rodzic samotnie wychowujący dzieci),*
 - 9) *Wizerunek.*
10. Moje dane osobowe mogą być udostępniane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
11. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
12. Moje dane będą przechowywane do czasu zrealizowania celu, dla którego zostały zebrane, a następnie w celach archiwalnych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
13. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.
14. Mam prawo do:
 - żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych (zgodnie z art. 15, 16, 17, 18 RODO),
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony danych Osobowych.
 - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania (zgodnie z art. 21 RODO).
15. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Zadania.

.....
(Data)

.....
(Czytelny podpis Uczestnika/Opiekuna)

Deklaracja uczestnictwa w zadaniu „Jakie diagnozowanie- takie efekty terapii”

1. Zobowiązuje się do regularnego uczestniczenia w zajęciach (wyjątek - zdarzenia losowe).
2. Obowiązkowe jest niezwłoczne zgłoszenie nieobecności przed planowanymi zajęciami.
3. Po dwóch niezgłoszonych i nieusprawiedliwionych nieobecnościach na zajęciach, uczestnik zostaje skreślony z listy, a na jego miejsce zostaje włączona osoba z listy rezerwowej.

.....
(Data)

.....
(Czytelny podpis Uczestnika/Opiekuna)