



**DOLNY
ŚLĄSK**

DOFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW BUDŻETU
SAMORZĄDU WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO
www.dolnyslask.pl



Deklaracja uczestnictwa w projekcie

„Wałbrzyskie Centrum Aktywności Obywatelskiej”

Oświadczenie

Ja ur. W

Oświadczam, że:

- zapoznałem /am się z warunkami udziału w projekcie,
- zostałem/am poinformowany/a, że projekt „**Wałbrzyskie Centrum Aktywności Obywatelskiej**” uzyskał dofinansowanie ze środków budżetu Samorządu Województwa Dolnośląskiego,
- wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych, w tym danych wrażliwych zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego (EU) 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) do celów niezbędnych w uczestnictwie w projekcie. W związku z powyższym mam świadomość celu zbierania tych danych, prawie wglądu do swoich danych oraz możliwości ich poprawiania.
- podstawie art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jednolity Dz. U. z 2006r. Nr 90, poz. 631 z późn. zm.) wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalenie mojego wizerunku w formie fotografii cyfrowej wykonanej w okresie od 1.05.2019 do 31.12.2019r. w związku z moim uczestnictwem w projekcie pn. „Wałbrzyskie Centrum Aktywności Obywatelskiej”, realizowanym przez Fundację Wałbrzych 2000.
- Nadto wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie przez Fundację Wałbrzych 2000 wizerunku mojej osoby w formie fotografii cyfrowej bez ograniczeń terytorialnych i czasowych za pośrednictwem dowolnego medium i we wszelkich formach publikacji (w szczególności strony internetowej Fundacji Wałbrzych 2000).

.....
(Miejscowość , data)

.....
(Czytelny podpis)



**DOLNY
ŚLĄSK**

DOFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW BUDŻETU
SAMORZĄDU WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO
www.dolnyslask.pl



KWESTIONARIUSZ (prosimy o czytelne wypełnienie)

I. DANE OGÓLNE

Imię/imiona..... Nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Miejscowość Kod pocztowy

Ulica, nr Powiat

Tel. kontaktowy e-mail

II. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

- jestem osobą niepełnosprawną
- w stopniu lekkim
 - w stopniu umiarkowanym
 - w stopniu znacznym
- jestem opiekunem osoby niepełnosprawnej

III .WYMAGANA POMOC W DOSTĘPIE DO OBIEKTÓW SZKOLENIOWYCH

- NIE
 TAK

Jeżeli tak to jaka?.....

IV. CZYM KIEROWAŁEM/AM SIĘ , DECYDUJĄC SIĘ NA UDZIAŁ W PROJEKCIE ?

.....
Niniejszym Oświadczam, że dane zawarte w Deklaracji uczestnictwa w projekcie są zgodne z prawdą.

.....
(Miejscowość , data)

.....
(Czytelny podpis)

wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych, w tym danych wrażliwych zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego (EU) 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) do celów niezbędnych w uczestnictwie w projekcie. W związku z powyższym mam świadomość celu zbierania tych danych, prawie wglądu do swoich danych oraz możliwości ich poprawiania.

.....
(Miejscowość , data)

.....
(Czytelny podpis)