

Data wpływu	
Podpis przyjmującego	

FORMULARZ PROGRAMOWY

Projekt „POMAGAM! – Wiem jak! Program szkoleń dla otoczenia osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju” współfinansowany ze środków PFRON

PROSIMY UZUPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Tytuł szkolenia (nazwa bloku)	
Miejsce szkolenia	
Daty szkoleń	

Ja niżej podpisany/a
deklaruję udział w projekcie „POMAGAM! – Wiem jak! Program szkoleń dla otoczenia osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju”, realizowanym przez Fundację SCOLAR.

I. Dane uczestnika												
1.	Imię (imiona)											
2.	Nazwisko											
3.	Data i miejsce urodzenia							PESEL				
4.	Ulica			6.	Nr domu			8.	Kod pocztowy			
5.	Miejscowość			7.	Nr lokalu							
9.	Telefon			10.	Email							
10.	Status w projekcie – właściwe podkreślić				Rodzic/ członek rodziny Kadra							
II. Dane placówki, w przypadku zgłaszania grupy												
12.	Nazwa placówki											
13.	Ulica			15.	Nr domu			17.	Kod pocztowy			
14.	Miejscowość			16.	Nr lokalu							
18.	Ilość dzieci z zaburzeniami, których dotyczy szkolenia objętych opieką placówki											
19.	Telefon			20.	Email							
21.	Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za kontakt z Fundacją											

Jak Pani/Pan ocenia swoją wiedzę z proponowanego zakresu szkolenia:

- Podstawowa
- Średnia
- Zaawansowana

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w w/w projekcie. Zapoznałem/am się z informacjami o projekcie, w tym warunkami uczestnictwa i akceptuję je. W ramach tego projektu wyrażam zgodę na uczestnictwo we wszystkich dedykowanych zajęciach dla grupy.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 oraz art. 297 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że w/w 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 **„POMAGAM! – Wiem jak! Program szkoleń dla otoczenia osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju” współfinansowanego ze środków PFRON** (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

....., dn.

.....

(Czytelny podpis)

OŚWIADCZENIE

Kadry

Projekt „POMAGAM! – Wiem jak! Program szkoleń dla otoczenia osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju” współfinansowany ze środków PFRON

Imię i nazwisko

zamieszkały

oświadczam, że jestem członkiem kadry pracującej z osobami niepełnosprawnymi z całościowymi zaburzeniami rozwoju, w tym z ZA, autyzmem, m.in.: nauczycielem, pedagogiem, psychologiem, logopedą lub innym pracownikiem placówek oświatowych, w tym poradni psychologiczno- pedagogicznych i specjalistycznych, do których uczęszczają lub będą uczęszczać dzieci i młodzież z całościowymi zaburzeniami rozwoju.

Oświadczam, że nie uczestniczę w innym projekcie szkoleniowym współfinansowanym ze środków PFRON.

Niniejszym potwierdzam, że wyżej wymienione informacje są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych, zbieranych w celach związanych z rekrutacją, monitoringiem i ewaluacją projektu **„POMAGAM! – Wiem jak! Program szkoleń dla otoczenia osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju” współfinansowanego ze środków PFRON** (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

....., dn.

.....

(Czytelny podpis)