

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:

(należy wpisać imię i nazwisko)

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 urodzenia	4. Miejsce urodzenia			5. PESEL							
6.	Ulica			7.	Nr domu		8.		Kod pocztowy			
9.	Miejscowość			10.	Nr lokalu							
11.	Telefon			12.								Email
13.	Status w projekcie – właściwe podkreślić			Rodzic/ członek rodziny								Kadra
II. Dane placówki, w przypadku zgłaszania grupy												
14.	Nazwa placówki											
15.	Ulica			16.	Nr domu		17.		Kod pocztowy			
18.	Miejscowość			19.	Nr lokalu							
20.	Ilość dzieci z zaburzeniami, których dotyczy szkolenie objętych opieką placówki											
21.	Telefon			22.								Email
23.	Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za kontakt z Fundacją											

Jak Pani/Pan ocenia swoją wiedzę z proponowanego zakresu szkolenia
(należy zakreślić jedną z trzech opcji):

- 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.
(Miejscowość) (Data)

.....
(Czytelny podpis)

OŚWIADCZENIE

Rodzica/ członka rodziny/ opiekuna

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

Imię i nazwisko

zamieszkały

oświadczam, że jestem rodzicem lub opiekunem lub rodzeństwem dzieci i młodzieży niepełnosprawnej z całościowymi zaburzeniami rozwoju, w tym z ZA, autyzmem.

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.
(Miejscowość) (Data)

.....
(Czytelny podpis)