



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY do projektu: *Równe szanse*

I. Dane osobowe

1. Imię _____ Nazwisko _____

2. PESEL _____

II. Dane kontaktowe

1. Miejsce zamieszkania: -
ulica/miejscowość kod pocztowy miejscowość

2. Telefon: _____ e-mail _____

III. Informacje dodatkowe

1. Stopień niepełnosprawności*:

☐ lekki ☐ umiarkowany ☐ znaczny

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu dla celów związanych z uczestnictwem w projekcie pn. *Równe szanse* przez **Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Koninie** z siedzibą w Koninie, ul. Noskowskiego 1A oraz **ROPS w Poznaniu** z siedzibą w Poznaniu ul. Nowowiejskiego 11 administratora danych. Zostałem/zostałam poinformowany/a, że wyrażenie zgody jest dobrowolne oraz że mam prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie, a wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na jej podstawie przed jej wycofaniem.*

☐ TAK ☐ NIE

Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych zawartych w formularzu dla celów związanych z uczestnictwem w projekcie pn. *Równe szanse* przez **Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Koninie** z siedzibą w Koninie, ul. Noskowskiego 1A oraz **ROPS w Poznaniu** z siedzibą w Poznaniu ul. Nowowiejskiego 11 administratora danych. Zostałem/zostałam poinformowany/a, że wyrażenie zgody jest dobrowolne oraz że mam prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie, a wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na jej podstawie przed jej wycofaniem.*

☐ TAK ☐ NIE

.....
miejscowość i data

.....
podpis beneficjenta

*odpowiednie zakreślić X

