

ANKIETA ZGŁOSZENIOWA

DO UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH W RAMACH PROJEKTU INTEGRACJA OSÓB Z AUTYZMEM I ICH RODZIN Z SPOŁECZNOŚCIĄ LOKALNĄ GUBINA

I. INFORMACJA O DZIECKU

1.
.....
imię i nazwisko dziecka
2.
.....
data i miejsce urodzenia dziecka
3.
.....
miejsce zamieszkania dziecka

II. CZŁONKOWIE RODZINY DZIECKA ZGŁOSZENI DO PROJEKTU:

1.
.....
imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa
.....
miejsce zamieszkania
2.
.....
imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa
.....
miejsce zamieszkania
3.
.....
imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa
.....
miejsce zamieszkania



III. INFORMACJA O RODZINIE DZIECKA

1.

.....
imię i nazwisko matki dziecka

2.

.....
imię i nazwisko ojca dziecka

3.

.....
imię i nazwisko opiekuna prawnego

4.

.....
miejsce zamieszkania rodziców/opiekuna prawnego dokonującego zgłoszenia

5.

.....
telefon kontaktowy

IV. Oświadczam, że dziecko zgłoszone przeze mnie do uczestnictwa w projekcie jest dzieckiem, u którego zdiagnozowano autyzm.

V. Oświadczam, że w ostatnich miesiącu od dnia złożenia niniejszej Ankiety Zgłoszeniowej moja rodzina korzystała/nie korzystała* ze świadczeń pieniężnych lub niepieniężnych Ośrodka Pomocy Społecznej.

Ponadto wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz. U. 2002

Nr 101, poz. 926 ze zm.). Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że:

- administratorem tak zebranych danych osobowych jest Instytucja Zarządzająca dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki tj. Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa;
- moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielania wsparcia i obsługi Projektu;
- moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
- podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielania wsparcia w ramach Projektu;
- mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
data

.....
podpis rodzica /opiekuna prawnego