Nazwa zadania publicznego: Działalność na rzecz osób niepełnosprawnych; BDO/SP/2025/057 - Organizowanie i rozwijanie różnorodnych form wsparcia oraz działań o charakterze aktywizującym i integracyjnym na rzecz osób z niepełnosprawnościami. **Zadanie p.t. „Aktywna integracja z „Koniczynką" – integracja, aktywizacja i wsparcie OzN i ich opiekunów", finansowane ze środków Gminy Miasto Szczecin, zgodnie z umową nr DN.630-1.2025.AB CRU 25/0001614 zawartą w dniu 05.05.2025 roku.**

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY „AKTYWNA INTEGRACJA Z „KONICZYNKĄ"

(Formularz dla osoby niepełnoletniej, wypełnia opiekun / rodzic dziecka z niepełnosprawnością)

I. DANE OPIEKUNA / RODZICA SKŁADAJĄCEGO FORMULARZ	
1. Imię i nazwisko	
2. Telefon kontaktowy	
3. Adres e-mail	
II. DANE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA ZADANIA	
1. Imię i nazwisko	
2. Data i miejsce urodzenia	
3. PESEL	
4. Adres zamieszkania	
5. Rodzaj Niepełnosprawności (symbol), termin ważności	
6. Opis niepełnosprawności oraz funkcjonowania i problemów związanych z niepełnosprawnością (sprawność narządów zmysłów, ruchu, mowy itp.)	…… …… …… ……
III. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO DOKUMENTU	
1. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności / stopniu niepełnosprawności	☐
IV. OŚWIADCZENIA	
1. Świadomy(a) odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny / Dz. U. Nr 88, poz. 553 z poźn. zm. / oświadczam, że wszystkie dane zawarte we Wniosku Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.	

2. **Oświadczam(y), że wyrażam(y) zgodę na uczestnictwo w w/w projekcie mojego dziecka:**

……..
(imię i nazwisko dziecka)

Wnioskuję o objęcie mojego dziecka następującymi działaniami:

☐ Wycieczka autokarowa poza miasto do Chlebowego Domu w Marianowie

☐ Wycieczka autokarowa poza miasto do mini-zoo Alpakowo – Marianowo

☐ Rajd turystyczno – krajoznawczy oraz piknik rodzinny (zaplanowano dwa rajdy)

☐ Impreza Mikołajkowa połączona z przedstawieniem w Teatrze Lalek Pleciuga

3. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że **niniejszy projekt jest finansowany ze środków GMINY MIASTO SZCZECIN** w ramach realizacji zadania publicznego **„Aktywna integracja z „Koniczynką" – integracja, aktywizacja i wsparcie OzN i ich opiekunów"**

4. Zobowiązuje się do przedłożenia wszelkich informacji, dokumentów oraz oświadczeń niezbędnych do prawidłowej realizacji projektu.

5. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego NIE JEST jednoznaczne z przyjęciem do zadania i uczestnictwem w wybranych działaniach. Kwalifikacja do zadania i poszczególnych działań następuję na podstawie poniższych kryteriów:

Kryterium kwalifikacyjne:	Kryterium wspierające:
• aktualne orzeczenie o niepełnosprawności; • miejsce zamieszkania: Gmina Miasto Szczecin	• wywiad z OzN lub rodzicem/opiekunem; • kolejność zgłoszeń.

Pierwszeństwo udziału w zadaniu mają osoby będące pod opieką Fundacji Promocja Zdrowia oraz osoby do 16 r. ż.

SZCZECIN, dnia ……. 2025 r.	……..…….. (czytelny podpis)

V. ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art.13 ust.1 i 2 ogólnego rozporządzenie o ochronie danych Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej: „RODO") informuję, że Administratorem danych osobowych jest Fundacja Promocja Zdrowia, 70-340 Szczecin, al. Bohaterów Warszawy 27. Dane osobowe przekazane przez uczestników zadania publicznego, realizowanego w ramach umowy, o której mowa w art.16 ust.1 ustawy z dnia 24.04.2003 r. działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (DZ.U. z 2024r. poz. 1491 z późn. zm) będą przetwarzane w celu realizacji **zadania publicznego p.t. „Aktywna integracja z „Koniczynką" – integracja, aktywizacja i wsparcie OzN i ich opiekunów"** przez Fundację Promocja Zdrowia dla potrzeb procesu rekrutacji, realizacji i ewaluacji zadania.

Oświadczam, że na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, art. 9 ust. 2 lit. a w/w rozporządzenia wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zwykłych (np. dane identyfikacyjne i kontaktowe) oraz szczególnych kategorii (np. dane o niepełnosprawności) zakresie niezbędnym do realizacji celu przetwarzania. Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Moje dane będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i obsługi w/w zadania.
2. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu udzielenia wsparcia w ramach zadania, ewaluacji, monitoringu i sprawozdawczości zadania.
3. Podanie danych jest dobrowolne, jednak odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach zadania.
4. Posiadam prawo do dostępu do swoich danych, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, cofnięcia zgody w dowolnym momencie, wniesienia skargi do prezesa UODO.

VI. ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU / WIZERUNKU DZIECKA

Niniejszym oświadczam, ż e na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy z 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t.j Dz. U. z 2019 r., poz. 1231) wyrażam zgodę na rejestrowanie wizerunku mojegoM dziecka podczas prowadzonych w ramach projektu zajęć i terapii oraz wykorzystanie tego wizerunku poprzez umieszczanie zdjęć na stronach internetowych, a także na profilach społecznościowych w celach informacji i promocji działań realizowanych przez Fundację Promocja Zdrowia.

SZCZECIN, dnia …….…… 2025 r.	…….…… (czytelny podpis)

Nazwa zadania publicznego: Działalność na rzecz osób niepełnosprawnych; BDO/SP/2025/057 - Organizowanie i rozwijanie różnorodnych form wsparcia oraz działań o charakterze aktywizującym i integracyjnym na rzecz osób z niepełnosprawnościami. **Zadanie p.t. „Aktywna integracja z „Koniczynką" – integracja, aktywizacja i wsparcie OzN i ich opiekunów", finansowane ze środków Gminy Miasto Szczecin, zgodnie z umową nr DN.630-1.2025.AB CRU 25/0001614 zawartą w dniu 05.05.2025 roku.**