



# MILICKIE STOWARZYSZENIE PRZYJACIÓŁ DZIECI I OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

56-300 Milicz ul. Kopernika 20  
Tel/fax. 71 38 30 014

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu pn. „Mamo tato co Wy na to”\*

2-dniowe szkolenie dla kadry placówek WTZ, ŚDS, POW, ORE-W

Miejsce realizacji: Środowiskowy Dom Samopomocy ul. Osadnicza 1c 56-300 Milicz

Termin realizacji: 6 – 7 lipca 2018r.

### Dane uczestnika

Imię (imiona)																					
Nazwisko																					
PESEL	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Rodzaj niepełnosprawności																					
Adres zamieszkania:																					
Podpis uczestnika																					

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych

.....

podpis



**DOLNY  
ŚLĄSK**

\* dofinansowano ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego

## **KLUAZULA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Milickie Stowarzyszenie Przyjaciół Dzieci i Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Miliczu ul. Kopernika 20, 56-300 Milicz w celu uczestnictwa w projekcie moje i mojego dziecka w projekcie\*. Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest moja zgoda. Odbiorcami danych będą grantodawcy oraz obsługa informatyczna Administratora Danych. Mam prawo wycofania mojej zgody w dowolnym momencie. Dane osobowe będą przetwarzane do ewentualnego odwołania zgody, a po takim odwołaniu przez okres przedawnienia roszczeń przysługujących administratorowi danych i w stosunku do niego.

Mam prawo żądania od administratora dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, lub ograniczenia przetwarzania, o prawie do przenoszenia danych a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. W przypadku pytań dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Przemysławem Walniczkim pod adresem e-mail: [pwalniczek@mspdion.org.pl](mailto:pwalniczek@mspdion.org.pl) bądź osobiście w siedzibie Stowarzyszenia – gabinet nr 9.

data i czytelny podpis uczestnika projektu lub opiekuna\*

.....  
\* niepotrzebne skreślić

\*\* w przypadku gdy uczestnik projektu nie jest osobą pełnoletnią klauzulę podpisuje rodzic bądź opiekun

## **ZGODA NA PUBLIKACJE WIZERUNKU**

Wyrażam zgodę na publikację mojego i mojego dziecka\* wizerunku na stronie internetowej [www.mspdion.org.pl](http://www.mspdion.org.pl) oraz na portalu społecznościowym [www.facebook.com/mspdion](https://www.facebook.com/mspdion) w celu promocji projektu oraz działań statutowych Stowarzyszenia.

data i czytelny podpis uczestnika projektu lub opiekuna\*

.....