



# Za życiem



## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROGRAMIE

### "Za życiem"

Ja, niżej podpisany/a .....  
(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna składającego oświadczenie)

dobrowolnie deklaruję chęć przystąpienia mojego dziecka do udziału w rządowym Programie "Za życiem" realizowany przez Powiatowy Ośrodek Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczy ul. R. W. Pileckiego 3, 58-100 Świdnica

#### WYRAŻAM ZGODĘ NA UDZIAŁ

dziecka: .....  
(imię i nazwisko dziecka)

zam.....

.....  
(adres zamieszkania: ulica, numer domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

Nr PESEL																				
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**oświadczam, iż moje dziecko posiada:** (posiadane zaznaczyć)

- opinię o wczesnym wspomaganie rozwoju dziecka  
z dnia..... wydaną przez: .....
- zaświadczenie lekarskie (zgodne z ustawą „Za życiem”)  
z dnia..... wydane przez: .....
- orzeczenie o niepełnosprawności  
z dnia..... wydane przez: .....

**oświadczam, iż:**

-nie uczestniczę\*/ uczestniczę\* w innym ośrodku z tytułu Program Za Życiem (\*niepotrzebne skreślić)  
jeśli tak, to w jakim:.....

**oświadczam, iż:**

- 1) zostałem/am poinformowany o celach i założeniach Programu;
- 2) zapoznałem/am się z warunkami uczestnictwa w Programie i spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w Programie;
- 3) mój udział w Programie jest dobrowolny;
- 4) zobowiązuję się do ścisłej współpracy z Kadrami Programu;



# Za życiem



- 5) zostałem/am poinformowany/a, iż mój udział w Programie jest bezpłatny oraz uczestniczę w projekcie finansowanym za środków publicznych
- 6) będę dobrowolnie i systematycznie uczestniczył(a) w działaniach realizowanych w ramach Programu;
- 7) zapoznałem/am się z prawami i obowiązkami Uczestnika Programu określonymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Programie;  
wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Ośrodek Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczy ul. R. W. Pileckiego 3, 58-100 Świdnica, (zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2016r. poz. 922) w celu realizacji Programu;
- 8) wyrażam zgodę na nieodwołalne i nieodpłatne przetwarzanie, wykorzystywanie teraz i w przyszłości przez Powiatowy Ośrodek Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczy ul. R. W. Pileckiego 3, 58-100 Świdnica, wszelkich dokumentów przedstawiających wizerunek mojej osoby (zdjęcia itp.) w celach upublicznienia tych dokumentów za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z realizacją Programu;
- 9) jestem pełnoletni/a i nieograniczony/a w zdolności do czynności prawnych, oraz że zapoznałem/am się z powyższą treścią i w pełni ją rozumiem. W przypadku osób niepełnoletnich wszystkie dokumenty rekrutacyjne (deklaracja uczestnictwa w programie, kwestionariusz zgłoszeniowy, oświadczenia oraz regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Programie) muszą być podpisane przez rodzica/ prawnego opiekuna dziecka zgłaszanego do Programu.

Pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszej „Deklaracji Uczestnictwa w Programie” są zgodne z prawdą.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS rodzica/prawnego opiekuna składającego oświadczenie

Do Deklaracji uczestnictwa w Programie „Za Życiem” należy dołączyć następujące dokumenty:

Załącznik nr 1 – Formularz Osobowy

Załącznik nr 2 – Oświadczenie Uczestnika Programu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie wizerunku/ wykorzystanie wizerunku

Załącznik nr 3 – Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Załącznik nr 4 - Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie

Załącznik nr 5 -(oryginał lub kserokopia/za potwierdzeniem z oryginałem)- opinia o wczesnym wspomaganie rozwoju dziecka **i/lub** zaświadczenie lekarskie (zgodne z ustawą „Za życiem”) **i/lub** orzeczenie o niepełnosprawności