



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 wspomaganii 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;



Za życiem



- 4) zobowiązuję się do ścisłej współpracy z Kadrą Programu;
- 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. 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2019r. poz. 1781) 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.
- 10) Zapoznałem/am się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie (<http://niepełnosprawni.swidnica.pl/oferta-edukacyjna/za-zyciem/>)

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 – oryginał lub kserokopia/za potwierdzeniem z oryginałem)- opinia o wczesnym wspomaganiu rozwoju dziecka i/lub zaświadczenie lekarskie (zgodne z ustawą „Za życiem”) i/lub orzeczenie o niepełnosprawności

Załącznik nr 2 – Zgoda na przetwarzanie danych osobowych własnych oraz mojego dziecka, a także na wykorzystywanie wizerunku dziecka korzystającego z Programu „Za Życiem”