**Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej"   
– edycja 2019-2020**

**I. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: …………………………………………………..

Data urodzenia: ……………………………………………………………….………….

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………..

Telefon: ………………………………………E-mail: …………………………………

Stopień niepełnosprawności: □ znaczny □ umiarkowany\*

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się…………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… **II. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu (jeśli dotyczy):**

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu: …………………………………………………

Telefon: …………………………………………………………..………………………

E-mail: …………………………………………………………..……………………….

**III. Oświadczenia:**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (że zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”.

Miejscowość ………………………………., data ……………………………………

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenckich ………………………………………………….  
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)