

FORMULARZ REKRUTACYJNY SKARŻYSKA AKADEMIA AKTYWNYCH SENIORÓW

IMIĘ I NAZWISKO	
DATA URODZENIA	
NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ (stopień)	<input type="checkbox"/> Znaczny
	<input type="checkbox"/> Umiarkowany
	<input type="checkbox"/> Lekki
	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy
TELEFON KONTAKTOWY	
ADRES EMAIL	

Oświadczenia:

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu zgodnie z Ustawą z dn. 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1000, 1669, z 2019 r. poz. 730.) oraz przyjmuję do wiadomości, iż:

a) administratorem zebranych danych jest Skarżyskie Stowarzyszenie Inicjatyw Obywatelskich, z siedzibą w Skarżysku-Kamiennej, ul. Rzemieślnicza 5/5;

b) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu Skarżyska Akademia Aktywnych Seniorów ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Rządowego Programu na rzecz Aktywności Osób Starszych na lata 2014- 2020;

c) moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu, ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach Rządowego Programu na Rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych oraz w celu informowania o działalności statutowej Skarżyskiego Stowarzyszenia Inicjatyw Obywatelskich;

d) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania;

e) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

2. Oświadczam, iż zapoznałem / zapoznałam* się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie.

3. Oświadczam, iż zostałem poinformowany/ poinformowana*, iż Projekt współfinansowany jest ze środków Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach Rządowego Programu na rzecz Aktywności Osób Starszych na lata 2014-2020.

4. Wyrażam/ nie wyrażam zgody/y* na publikację dokumentacji zdjęciowej z zajęć w mediach tradycyjnych i elektronicznych.

5. Przyjmuję do wiadomości, iż złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest jednoznaczne z przyjęciem do projektu.

7. Oświadczam, iż podane wyżej dane są zgodne z prawdą. Zostałem/łam pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
data

.....
Podpis

**JESTEM ZAINTERESOWANY WZIĘCIEM UDZIAŁU
W NASTĘPUJĄCYCH WARSZTATACH:
(zaznaczyć właściwe)**

<input type="checkbox"/>	Warsztaty samoobrony (VI-VII)
<input type="checkbox"/>	Warsztaty fotograficzne (VI-IX)
<input type="checkbox"/>	Warsztaty artystyczne (IX-XII)
<input type="checkbox"/>	Warsztaty informatyczne (IX-XII)
<input type="checkbox"/>	Warsztaty fotograficzne (IX-XII)
<input type="checkbox"/>	Warsztaty fitness (IX-XII)
<input type="checkbox"/>	Warsztaty językowe (j. angielski) (IX-XII)
<input type="checkbox"/>	Warsztaty kulinarne (IX-XII)
<input type="checkbox"/>	Warsztaty florystyczne (IX-XII)
<input type="checkbox"/>	Warsztaty taneczne (IX-XII)
<input type="checkbox"/>	Warsztaty dla nieformalnych opiekunów osób starszych (XI)

Uczestnicy zakwalifikowani do udziału w danych warsztatach, zostaną poinformowani o tym fakcie telefonicznie lub mailowo min. 2 tyg. przed planowanym rozpoczęciem zajęć.