



Projekt współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

Formularz Zgłoszeniowy Uczestnika/Uczestniczkę Projektu może być wypełniony elektronicznie (czcionka wielkości minimum 10) lub odręcznie (czytelnie) w języku polskim oraz podpisany imieniem i nazwiskiem w wyznaczonych miejscach. Warunkiem rozpatrzenia Formularza jest wypełnienie wszystkich pól. Należy zaznaczyć znakiem „X” odpowiednie kratki w przypadku pól do wyboru. Złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do Projektu.

Dane osobowe uczestnika

Nazwisko i imię													
Data urodzenia		PESEL											

Adres zamieszkania

Ulica z numerem domu i mieszkania					
Miejscowość				Kod pocztowy	
Numer telefonu			E-mail		
Gmina					
Powiat					
Województwo					
Numer orzeczenia o niepełnosprawności:					
Zamieszkanie (proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu)					
☐	miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	☐	miasto 50 - 100 tys. mieszkańców	☐	miasto 20 - 50 tys. mieszkańców
☐	miasto do 20 tys. mieszkańców	☐	wieś		

Wykształcenie (proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu)

☐	Przed obowiązkiem szkolnym	☐	Zajęcia rewalidacyjne
☐	Niepełne podstawowe	☐	Średnie
☐	Podstawowe (ukończona szkoła podstawowa)	☐	Zawodowe



Projekt współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

☐	Gimnazjalne (ukończona szkoła gimnazjalna)	☐	Wyższe (licencjat, magisterium lub równorzędne)
--------------------------	---	--------------------------	--

Stopień niepełnosprawności (proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu)

☐	Lekki	☐	Umiarkowany	☐	Znaczny
☐	Orzeczenie o niepełnosprawności bez stopnia (dot. osób do 16 roku życia)				

Rodzaj niepełnosprawności (proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu)

☐	Narząd ruchu	☐	Sprężona
☐	Narząd słuchu	☐	Intelektualna
☐	Narząd wzroku	☐	Choroby psychiczne
☐	Ogólny stan zdrowia	☐	Autyzm
☐	Inne:		

Sprężona niepełnosprawność (proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu):

☐	Tak – niepełnosprawność jest sprężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). <i>Uwaga: niepełnosprawność sprężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dotyczącym niepełnosprawności.</i>
☐	Nie dotyczy

Grupa inwalidzka (proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu):

☐	I grupa
☐	II grupa



Projekt współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

☐	III grupa
☐	Nie dotyczy

Status na rynku pracy (proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu)

☐	Bezrobotny (zarejestrowany w PUP: tak/nie)	☐	Niezatrudniony poszukujący pracy
☐	Nieaktywny zawodowo	☐	Zatrudniony na otwartym rynku pracy
☐	Zatrudniony w ZAZ	☐	Zatrudniony poszukujący pracy
☐	Zatrudniony w ZPCH	☐	Nie dotyczy

Uczestnictwo w WTZ (Warsztaty Terapii Zajęciowej) (proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu)

☐	Nie	☐	Tak	☐	Absolwent WTZ
--------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------	---------------

Oświadczenia (proszę zaznaczyć „X” w każdym polu)

1. Oświadczam, że jestem / nie jestem* zdolny/a do czynności cywilnoprawnych. <i>Jeśli nie – proszę podać imię i nazwisko oraz kontakt do opiekuna prawnego</i> 	
2. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub równoważne.	
3. Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu, są zgodne z prawdą.	
4. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i spełniam warunki uczestnictwa.	
5. Oświadczam, że poinformowano mnie o współfinansowaniu projektu ze środków PFRON i równolegle nie biorę udziału w innym projekcie, w tym samym zakresie wsparcia, realizowanym ze środków PFRON.	
6. Deklaruję chęć udziału w niniejszym projekcie i zobowiązuję się w okresie jego trwania do brania udziału w zaproponowanych formach wsparcia i potwierdzania obecności na listach. Zobowiązuję się również udzielać niezbędnych informacji o osiągniętych rezultatach na każdym etapie realizacji Projektu oraz po jego zakończeniu.	
7. Oświadczam, że mój udział w projekcie nie koliduje z udziałem w zajęciach WTZ.	



Projekt współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/danych osobowych mojego dziecka* oraz szczególnych kategorii danych osobowych (o stanie zdrowia) celem rekrutacji i udziału w Projekcie pn.: „**Przez sport do sprawności i samodzielności osób z niepełnosprawnością**” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych osobowych prowadzonym przez **Polski Związek Paraboksu** z siedzibą w Warszawie (02-321) przy ul. Kopińskiej 12 lok. 16

Wyrażam zgodę

Nie wyrażam zgody

Zgoda na przetwarzanie wizerunku

Wyrażam zgodę na wykorzystanie w nieograniczonym czasie przez **Polski Związek Paraboksu** z siedzibą w Warszawie (02-321) przy ul. Kopińskiej 12 lok. 16, (dalej: PZP) mojego wizerunku zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych osobowych w następujących celach:

- zwielokrotnianie wizerunku wszelkimi dostępnymi aktualnie technikami i metodami, a w szczególności poprzez umieszczenie zdjęcia lub nagrania z moim wizerunkiem na stronie www oraz w social mediach,
- rozpowszechnianie oraz publikowanie, także wraz z wizerunkami innych osób we wszelkich możliwych krajowych oraz zagranicznych środkach przekazu, a w szczególności w mediach elektronicznych – czyli np. informacje na temat wydarzeń PZP na stronie www lub publikacja w kanałach promujących PZP. Równocześnie PZP przysługuje prawo do przenoszenia wszelkich praw wynikających z niniejszego oświadczenia na osoby trzecie. Oświadczam, że wykorzystanie wizerunku zgodnie z niniejszą zgodą nie narusza niczych dóbr osobistych ani innych praw. Zrzekam się praw związanych z kontrolą i zatwierdzaniem każdorazowego wykorzystania fotografii lub nagrania z moim wizerunkiem. Oświadczam, że niniejszą zgodę udzielam nieodpłatnie.

Wyrażam zgodę

Nie wyrażam zgody

..... dnia 01.04.2026e r.

.....

Podpis kandydata/teki / opiekuna prawnego