opolskie stowarzyszenie rehabilitacji

Formularz zgłoszeniowy Uczestnika projektu pt. ”Zostań Mecenasem Opolskiego Stowarzyszenia”

Dane Podopiecznego:

Imię	
Nazwisko	
Wiek	

***Dane kontaktowe*:**

Adres korespondencyjny (ulica, kod pocztowy, miejscowość)	
Powiat	
Telefon	
E-mail	

Sytuacja materialna *Uwaga: należy policzyć dochody wszystkich mieszkańców*	☐ do 1000 zł netto na 1 mieszkańca ☐ 1001zł – 1500 zł netto na 1 mieszkańca ☐ 1501 zł – 2000 zł netto na 1 mieszkańca ☐ powyżej 2000 zł netto na 1 mieszkańca
Jednostka Chorobowa	

opolskie
stowarzyszenie
rehabilitacji

Opis stanu funkcjonalnego osoby niepełnosprawnej: 1) **jakie czynności potrafi** wykonać samodzielnie **a z jakimi ma problem**? 2) czy używa pomocy ortopedycznych do poruszania się: kule, wózek, inne? 3) **jakiego wsparcia rehabilitacyjnego oczekuje?** • rehabilitacja ruchowa, • logopedyczna, • psychologiczna.	
Umotywowanie odbycia turnusu (proszę o wskazanie potrzeby udzielenia wsparcia ze środków Stowarzyszenia)	

ul. Samborska 15
45-316 Opole
tel. 77 556 03 35
e-mail: info@rehabilitacjaopole.pl
KRS: 0000273196
NIP: 7542893179
REGON: 160117005
NR RACHUNKU: 34 1680 1235 0000 3000 1461 2426

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s.1) w celu realizacji niniejszego projektu, publikowania na stronie internetowej Stowarzyszenia oraz w środkach masowego przekazu.
- Administratorem danych osobowych jest Opolskie Stowarzyszenie Rehabilitacji z siedzibą w Opolu, ul. Samborska, 45-316 Opole. Możesz skontaktować się z Administratorem telefonując pod numer: 77 556 03 35.
- Zostałem poinformowany, iż zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych jest dobrowolna, a także o przysługującym mi prawie dostępu do moich danych osobowych ich poprawiania jak również możliwości odwołania zgody na przetwarzanie. Zostałem poinformowany, iż moje dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w zakresie związanym z realizacją powyższych celów, nie są udostępniane innym odbiorcom oprócz podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa. Administrator nie zamierza przekazywać moich danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.
- Zostałem poinformowany, iż moje dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, tj. przez okres niezbędny do trwania projektu, a po tym okresie dla celów i przez czas oraz w zakresie wymaganym przez przepisy prawa lub dla zabezpieczenia ewentualnych roszczeń, lub do czasu cofnięcia udzielonej zgody.
- W związku z przetwarzaniem moich danych osobowych przez Administratora przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. Przekazanie moich danych osobowych jest wymogiem ustawowym, dotyczy każdej osoby, wobec którego realizujemy ww. cele. W oparciu o moje dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec mnie zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.
- Wyrażam zgodę Opolskiemu Stowarzyszeniu Rehabilitacji na publikację wizerunku w mediach Stowarzyszenia.

.....

Data i Podpis