



FUNDACJA „SYRIUSZ”

ul. Antoniukowska 11 lok.1.3, 15-740 Białystok, tel. 505 177 208

nr konta: 74 2030 0045 1110 0000 0394 7740 KRS 0000446001

**ZGŁOSZENIE NA ZAJĘCIA TERAPEUTYCZNE**

w ramach realizacji zadania publicznego

**„Zwiększenie samodzielności osób w spektrum autyzmu - samodzielność to podstawa”**

Zgłaszam moje dziecko .....,  
ur. .... PESEL ..... tel. ....  
zam. ....  
nr orzeczenia o niepełnosprawności .....  
diagnoza (autyzm, Zespół Aspergera, itp.) .....  
do udziału w **indywidualnych zajęciach terapeutyczno-rehabilitacyjnych.**

Jednocześnie oświadczam, iż nie będę korzystał/a z tych samych zajęć organizowanych w ramach tego zadania przez inne placówki.

Białystok, dnia .....

.....

(czytelny podpis)



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Zadanie współfinansowane ze środków  
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych



## FUNDACJA „SYRIUSZ”

ul. Antoniukowska 11 lok.1.3, 15-740 Białystok, tel. 505 177 208

nr konta: 74 2030 0045 1110 0000 0394 7740 KRS 0000446001

### INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych informujemy, iż dane osobowe podawane przez beneficjentów są przetwarzane w celu realizacji projektu przez Fundację, a więc na podstawie art. 6 pkt 1 lit b) lub lit f) powyższego Rozporządzenia. Administratorem Danych Osobowych jest:

**Fundacja „SYRIUSZ“**  
**ul. Antoniukowska 11, lok. 1.3, 15-740 Białystok**  
**NIP 546 139 10 30**  
**tel. 505 177 208**

Dane mogą być przekazywane podmiotom współpracującym, do celów związanych z realizacją umowy, a więc realizacją projektu lub wtedy, gdy wynika to z przepisów prawa.

Informujemy o prawie dostępu, poprawiania i uzupełniania podanych danych, żądania ograniczenia przetwarzania oraz do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, jak również do wniesienia skargi do organu nadzorczego, jakim jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

*Oświadczam, iż zapoznałem się z powyższą informacją, w tym z prawami jakie przysługują mi w zakresie podanych przeze mnie danych osobowych.*

.....

PODPIS

Wyrażam zgodę na kontakty związane z realizacją projektu oraz przekazywanie informacji organizacyjnych, w następujący sposób:

Telefonicznie, pod numerem .....

Za pośrednictwem poczty elektronicznej: .....

.....

PODPIS

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie zdjęć i filmów zawierających wizerunek mój i mojego dziecka zarejestrowany podczas realizacji projektu „Zwiększenie samodzielności osób w spektrum autyzmu - samodzielność to podstawa”. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych filmów i zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium przez Fundację „SYRIUSZ”.

Białystok, dnia .....

.....

PODPIS



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

**Zadanie współfinansowane ze środków  
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**