



## 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

Imię i nazwisko: .....

Miejsce zamieszkania: .....

..... tel.: .....

Nr orzeczenia o niepełnosprawności dziecka: .....

**Zgłaszam chęć uczestnictwa w programie szkoleniowo-warsztatowym  
dla rodziców i opiekunów dzieci z diagnozą zaburzeń ze spektrum  
autyzmu w ramach projektu  
„Wsparcie rodzica dziecka z ASD – II edycja”**

- Jednocześnie oświadczam, iż nie będę korzystał/a z tych samych zajęć organizowanych w ramach tego zadania przez inne placówki.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu w związku z przystąpieniem do projektu „Wsparcie rodzica dziecka z ASD – II edycja” przez Fundację „SYRIUSZ” zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2002 Nr 101, poz. 926 ze zm.).
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie zdjęć i filmów zawierających mój wizerunek zarejestrowany podczas realizacji projektu „Wsparcie rodzica dziecka z ASD – II edycja”. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych filmów i zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium przez Fundację „SYRIUSZ”.

Białystok, dnia .....

.....  
(czytelny podpis)



## 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 „Wsparcie rodzica dziecka z ASD – II edycja”. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych filmów i zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium przez Fundację „SYRIUSZ”.

Białystok, dnia .....

PODPIS