



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.:

**Zgłaszam chęć uczestnictwa w programie szkoleniowo-warsztatowym
dla specjalistów i wolontariuszy
w ramach projektu „Wsparcie dziecka z ASD”**

- 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 dziecka z ASD” 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 dziecka z ASD”. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych filmów i zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium przez Fundację „SYRIUSZ”.

Białystok, dnia

.....
(czytelny podpis)