



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 spotkania grupy pomocowej dla rodziców
dzieci z ASD**

w ramach realizacji zadania publicznego

„Wsparcie rodziców i opiekunów dzieci neuroróżnorodnych”

Nazwisko i imię	
nr telefonu	
adres zamieszkania	
Nazwisko i imię dziecka	
data urodzenia dziecka	
nr orzeczenia o niepełnosprawności dziecka	
diagnoza (autyzm, Zespół Aspergera, itp.)	

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

Białystok, dnia

.....
(czytelny podpis)



Zadanie współfinansowane ze środków
Województwa Podlaskiego



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 mój wizerunek zarejestrowany podczas realizacji projektu „Wsparcie rodziców i opiekunów dzieci neuroróżnorodnych”. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych filmów i zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium przez Fundację „SYRIUSZ”.

Białystok, dnia

.....
PODPIS



**Zadanie współfinansowane ze środków
Województwa Podlaskiego**