

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w pierwszym etapie realizacji zadania
pn. „Dofinansowanie do zakupu telefonów komórkowych typu smartphone dla osób z dysfunkcją
narządu wzroku” realizowanego w ramach projektu „Virtualna Warszawa.”

**UWAGA: W formularzu zgłoszeniowym należy wypełnić wszystkie pola i rubryki
drukowanymi literami, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”.**

I DANE DOTYCZĄCE KANDYDATA

1. IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO	
2. NR PESEL	
3. OBYWATELSTWO	
4. ADRES ZAMIESZKANIA	
Kod pocztowy:	
Miejscowość:	
Dzielnica:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr mieszkania:	
Telefon:	
Adres e-mail:	

II ORZECZENIE (zaznacz właściwe)

<input type="checkbox"/> na stałe
<input type="checkbox"/> czasowe, do dnia (dzień, miesiąc, rok): <input type="text"/>

III DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY reprezentującego Kandydata (jeśli dotyczy)

1. IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO	<input type="text"/>
2. NR PESEL	<input type="text"/>
3. OBYWATELSTWO	<input type="text"/>
4. ADRES ZAMIESZKANIA	
Kod pocztowy:	<input type="text"/>
Miejscowość:	<input type="text"/>
Dzielnica:	<input type="text"/>
Ulica:	<input type="text"/>
Nr domu:	<input type="text"/>
Nr mieszkania:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>
Adres e-mail:	<input type="text"/>

5. WNIOSKODAWCA (zaznacz właściwe)

Przedstawiciel ustawowy (w tym: rodzic)

Opiekun prawny

Pełnomocnik

6. WNIOSKODAWCA USTANOWIONY OPIEKUNEM PRAWNYM / PEŁNOMOCNIKIEM (zaznacz właściwe)

postanowieniem Sądu Rejonowego (z dnia, sygn. akt):

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza (z dnia, rep. nr):

IV OŚWIADCZENIE KANDYDATA / WNIOSKODAWCY reprezentującego Kandydata

Oświadczam, że:

1. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie informacji niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137, z późn. zm.) i przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą

2. Ja osobiście /

Moje dziecko (*imię i nazwisko dziecka*)

Mój podopieczny(*imię i nazwisko podopiecznego*)

jestem/jest osobą z niepełnosprawnością narządu wzroku.

3. Zapoznałem(am) się i akceptuję Regulamin naboru i uczestnictwa w projekcie „Virtualna Warszawa”.

4. Zobowiązuję się do bezzwłocznego powiadomienia Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie – Stołecznego Centrum Osób Niepełnosprawnych o wszelkich zmianach dotyczących informacji zawartych przeze mnie w niniejszym formularzu zgłoszeniowym.
5. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Na podstawie z art. 27 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 j.t.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka / podopiecznego (wypełnić jeśli dotyczy):

(imię i nazwisko dziecka / podopiecznego)

przez Dyrektora Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie w celach realizacji projektu „Virtualna Warszawa”.

(miejsowość, data)

(własnoręczny podpis osoby składającej formularz zgłoszeniowy)

Administratorem danych jest Dyrektor Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Warszawie, ul. Lipińska 2. Dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu realizacji zadania pn. „Dofinansowanie do zakupu telefonów komórkowych typu smartphone dla osób z dysfunkcją narządu wzroku” realizowanego w ramach projektu „Virtualna Warszawa” i będą przekazywane organizacji pozarządowej realizującej zadanie,

wyłonionej w otwartym konkursie ofert. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do treści jej danych oraz możliwość ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne jednak bez ich podania nie jest możliwe uczestnictwo w projekcie.