# MILICKIE STOWARZYSZENIE PRZYJACIÓŁ DZIECI I OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

# 56-300 Milicz ul. Kopernika 20

# Tel/fax. 71 38 30 014

| FORMULARZ ZGŁOSZENIOWYdo projektupn. „Mamo tato odpocznij” **Weekendowe wsparcie poza domem** Dane uczestnika | |
| --- | --- |
| Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Data urodzenia |  |
| Rodzaj niepełnosprawności |  |
| Miejscowość zamieszkania: |  |
| Zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.97, (tekst jednolity – Dz. U. z 2002 Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb procesu rekrutacji, realizacji i ewaluacji projektu „Mamo tato odpocznij” | |
| Podpis uczestnika/opiekuna |  |
| Dane opiekuna | |
| Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| Miejscowość zamieszkania: |  |
| Dane kontaktowe  Telefon |  |
| Podpis opiekuna |  |

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych

……………………………………

podpis

  