**Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej"**

**– edycja 2019-2020**

**I. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: ………………………………………………………………………….

Data urodzenia: …………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………………………………..

Telefon: ………………………………………………………………………………………………………………..

E-mail: …………………………………………………………………………………………………………………

**Stopień niepełnosprawności: □ znaczny □ umiarkowany\***

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**II. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu (jeśli dotyczy):**

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu: ………………………………………………..

Telefon:………………………………………………………………………………………………………………….

E-mail:…………………………………………………………………………………………………………………...

**III. Oświadczenia:** Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (że zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”.

Miejscowość ………………………………., data ……………………………………

..…………………………………………………………………….

*(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego*)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenckich

………………………………………………….

*(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)*

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.