

# DEKLARACJA UCZESTNICTWA

w projekcie:

## Piękno - MAMY TO!

Projekt dofinansowany ze środków Programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich

-----  
(nazwisko i imię beneficjenta)

DEKLARUJĘ SWÓJ UDZIAŁ W PROJEKCIE: **Piękno – MAMY TO!** i jednocześnie:

1. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że projekt **Piękno – MAMY TO!** dofinansowany jest ze środków Programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich.
2. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest jednoznaczne z przyjęciem mnie do projektu.
3. Mam świadomość, że w przypadku zaakceptowania mojego zgłoszenia do udziału w projekcie jestem zobowiązany/a do uczestnictwa we wszystkich zaproponowanych działaniach.
4. Mam świadomość, że ograniczona ilość osób może zostać przyjęta do projektu.
5. O kwalifikacji do projektu poinformowany/a zostanę telefonicznie lub osobiście. W przypadku nie zakwalifikowania się do projektu nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń.

-----  
*Miejscowość i data*

-----  
*podpis beneficjenta*



ŚLĄSKIE  
LOKALNIE



Gminny Ośrodek  
Pomocy Społecznej  
w Świerkianach



Projekt dofinansowany ze środków Programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich

## ZGODY I OŚWIADCZENIA

do udziału w projekcie:

**Piękno – MAMY TO!**

Projekt dofinansowany ze środków Programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich

◆ Wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy danych i przetwarzanie moich danych osobowych/danych osobowych mojego dziecka\*, obecnie i w przyszłości przez Stowarzyszenie na rzecz wspomagania osób z niepełnosprawnością i ich otoczenia „Razem” (Piasta 35, 44-200 Rybnik) w związku z realizacją celów statutowych Stowarzyszenia (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych - Dz. U. Nr 101 z 2001 r. poz. 926 z późniejszymi zmianami). W każdej chwili przysługuje mi prawo: wglądu do danych, korekty danych a także wycofania niniejszej zgody.

◆ Udzielam Stowarzyszeniu na rzecz wspomagania osób z niepełnosprawnością i ich otoczenia „Razem” (ul. Piasta 35, 44-200 Rybnik, KRS: 0000311733) nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego wykorzystywania zdjęć z moim wizerunkiem/ wizerunkiem mojego dziecka\* bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z prowadzoną przez Stowarzyszenie na rzecz wspomagania osób z niepełnosprawnością i ich otoczenia „Razem” (ul. Piasta 35, 44-200 Rybnik, KRS: 0000311733) działalnością i celami projektu **Piękno – MAMY TO!**. Oświadczam, że jestem pełnoletni/a i nieograniczony/a w zdolności do czynności prawnych oraz że zapoznałem się z powyższą treścią i w pełni ją rozumiem.

◆ Oświadczam, że jestem świadomy/a praw i obowiązków związanych z uczestnictwem w projekcie: **Piękno – MAMY TO!** realizowanym ze środków Programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich. Oświadczam, także iż znane są mi założenia projektu oraz zakres mojego ewentualnego w nim uczestnictwa/uczestnictwa mojego dziecka\*.

◆ Oświadczam, że mój stan zdrowia/stan zdrowia mojego dziecka\* pozwala na udział w projekcie: **Piękno – MAMY TO!**.

◆ Oświadczam, że odpowiedzialność karna za podanie danych niezgodnych z rzeczywistością wynikającą z art. 233 kodeksu karnego jest mi znana. Niniejszym oświadczam, że wyżej podane dane są zgodne z prawdą.

-----  
*Miejscowość i data*

-----  
*podpis beneficjenta*

\* Niepotrzebne skreślić



ŚLĄSKIE  
LOKALNIE



Gminny Ośrodek  
Pomocy Społecznej  
w Świerkianach



Projekt dofinansowany ze środków Programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich

**FORMULARZ DANYCH**  
**NIEZBĘDNYCH DO UDZIAŁU W PROJEKCIE:**  
**Piękno – MAMY TO!**

Projekt dofinansowany ze środków Programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich

**Część I. Wypełnia kandydat/kandydatka do projektu i/lub jego rodzice, opiekunowie prawni**

**Dane dotyczące kandydata/ kandydatki do projektu:**

1. Imię: \_\_\_\_\_

2. Nazwisko: \_\_\_\_\_

3. PESEL: \_\_\_\_\_

4. Wiek: : \_\_\_\_\_ lat

5. Płeć:  kobieta  mężczyzna

6. Data urodzenia \_\_\_\_\_ miejsce: \_\_\_\_\_

7. Adres zameldowania:

województwo: \_\_\_\_\_ powiat/ gmina: \_\_\_\_\_

ulica: \_\_\_\_\_ nr domu/lokalu: \_\_\_\_\_

miejsowość: \_\_\_\_\_ kod pocztowy: \_\_\_\_\_

8. Adres zamieszkania (wypełnić tylko jeżeli jest inny niż adres zameldowania):

województwo: \_\_\_\_\_ powiat/ gmina: \_\_\_\_\_

ulica: \_\_\_\_\_ nr domu/lokalu: \_\_\_\_\_

miejsowość: \_\_\_\_\_ kod pocztowy: \_\_\_\_\_

9. Telefon kontaktowy:

stacjonarny: + 48 \_\_\_\_\_ lub  brak, komórkowy: + 48 \_\_\_\_\_ lub  brak

10. Adres poczty elektronicznej: \_\_\_\_\_ lub  brak

*Niniejszym oświadczam, że wyżej podane dane są zgodne z prawdą.*

\_\_\_\_\_  
*Miejscowość i data*

\_\_\_\_\_  
*podpis beneficjenta*



ŚLĄSKIE  
LOKALNIE



Gminny Ośrodek  
Pomocy Społecznej  
w Świerkianach



Projekt dofinansowany ze środków Programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich