|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY I ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH POWIERZONYCH****DO PRZETWARZANIA W ZBIORZE****(WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane Uczestnika** |  |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL (jedna cyfra w jednej kratce) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Płeć |  Kobieta  Mężczyzna |
| Wiek w chwili przystąpienia do Projektu |  | Data urodzenia |  |
| **Dane kontaktowe** |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| **Szczegóły wsparcia** |  |
| Data rozpoczęcia udziału w Projekcie\* |  |
| Data zakończenia udziału w Projekcie\* |  |
| Wykonywany zawód |  |
| **Deklaracja Uczestnika w chwili przystąpienia do Projektu** |  |
| Jestem zainteresowany/a nabyciem wiedzy i umiejętności w zakresie podejmowania różnorodnych aktywności społecznych  |  TAK NIE |
| Posiadam doświadczenie w zakresie wolontariatu lub działań na rzecz społeczności lokalnych |  TAK NIE |
| Po ukończeniu Akademii Liderów Wolontariatu będę pełnić rolę lidera odpowiedzialnego za przygotowanie i realizację autorskich inicjatyw społecznych |  TAK NIE |

Oświadczam, że:* wyrażam chęć uczestnictwa w projekcie pn. „Akademia Liderów Wolontariatu!” realizowanego przez Caritas Diecezji Zamojsko-Lubaczowskiej w ramach Programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich na lata 2021-2030
* wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych **moich/mojego dziecka\*\*** w celu monitorowania i ewaluacji Projektu przez Partnera wiodącego Projektu
* zostałem/am poinformowany/na, iż projekt jest dofinansowany ze środków Programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich NOWEFIO na lata 2021-2030.
* wyrażam zgodę na przetwarzanie wyżej wymienionych danych osobowych do celów rekrutacji, realizacji, kontroli i ewaluacji projektu „Akademia Liderów Wolontariatu!” realizowanego przez Caritas Diecezji Zamojsko-Lubaczowskiej. Dane są przekazywane dobrowolnie. Informujemy o prawie do dostępu oraz możliwości zmiany lub usunięcia danych osobowych.
* jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i oświadczam, że dane podane powyżej są zgodne z prawdą.
* oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami realizacji projektu i spełniam warunki uczestnictwa w projekcie
* oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem projektu i akceptuję jego postanowienia
* zostałam/em poinformowana/y o celu zbierania tych danych oraz wskazani zostali mi administratorzy danych osobowych **moich/mojego dziecka\*\***, co potwierdziłam/em własnoręcznym podpisem na Oświadczeniu Uczestnika Projektu

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku **mojego / mojego dziecka\*\*** na potrzeby realizacji i promocji Projektu „Akademia Liderów Wolontariatu!” Wyrażam zgodę na udział **/mojego dziecka\*\*/** w badaniach ankietowych/ testach, które będą przeprowadzane w ramach Projektu. Zgłaszając chęć udziału we wskazanych zajęciach deklaruję chęć uczestnictwa **/mojego dziecka\*\*/** w warsztatach.Przyjmuję do wiadomości, że:a. podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.b. mam prawo dostępu do treści danych **moich /mojego dziecka\*\*** i ich poprawiania.c. będę informować o wszelkich zmianach **moich / mojego dziecka\*\*** danych kontaktowych.Zostałam/em pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Miejscowość i data |  | **Czytelny podpis** **Uczestnika Projektu**(w przypadku Uczestników/Uczestniczek) niepełnoletnich dokumenty podpisuje Rodzic lub Opiekun(ka) Prawny(a)) |

**\*** nie wypełniać, \*\* niepotrzebne skreślić,\*\*\* Proszę wpisać datę planowanego zakończenia danego etapu nauki na którym się aktualnie znajdujesz. Np. jeśli uczęszczasz do liceum to wpisujesz planowaną datę zakończenia liceum. Jeśli jesteś na studiach to wpisz ile zostało Ci czasu do planowanej obrony. |