*Załącznik nr 1*

*do* ***REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE***

**Formularz zgłoszeniowy udziału w projekcie**

**pn. „FASD i Autyzm: słuchamy, wspieramy, działamy.””**

**(uczestnik instytucjonalny)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE INSTYTUCJI ZGŁASZAJĄCEJ PRACOWNIKA**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **NAZWA INSTYTUCJI** | | | |  | | | | **NIP** |  | | | **ADRES** | | | |  | | | | **TELEFON** | | **E-MAIL** | |  | |  | | ………………………………………………………………………….  (pieczęć i podpis osoby reprezentującej instytucję) | | | |
|  |

**DANE OSOBY ZGŁOSZONEJ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko** | **Imię** | **Stanowisko** | | **Adres e-mail** |
| 1. |  |  |  | |  |
| 2. |  |  |  | |  |
| Specjalne potrzeby | * Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową? Jeśli TAK, proszę opisać jakie: ………………………………………………….…………………… * Zapewnienie tłumacza języka migowego? * Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką? * Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych?   Jeśli TAK, proszę opisać jakie:……………………………….………..….…   * Inne specjalne potrzeby? Jeśli TAK, proszę opisać jakie: ………………   ……………………………………………………….………………………… | | | | |
| TELEFON KONTAKTOWY (stacjonarny lub komórkowy) | | | | E-MAIL | |
|  | | | |  | |

………………………………………...

data i podpis pracodawcy

**OŚWIADCZENIE\***

1. Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że składanie oświadczeń niezgodnych ze stanem faktycznym podlega odpowiedzialności.
2. Potwierdzam, że zostałam/em poinformowana/y, że Projekt pn. „FASD i Autyzm: słuchamy, wspieramy, działamy.” jest finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus
3. Jestem świadoma/y, iż moje zgłoszenie nie jest równoważne z zakwalifikowaniem do uczestnictwa w tym wsparciu.
4. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną i/lub elektroniczną (e-mail) w ramach organizowanego wsparcia.
5. Oświadczam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych, w tym o celu i zakresie przetwarzania oraz przysługujących mi prawach.

………………………………………. ………………………………………...

miejscowość, data podpis

Wyrażam/nie wyrażam zgodę/y na wykorzystywanie mojego wizerunku utrwalonego w postaci zdjęć fotograficznych oraz filmów, wykonanych podczas mojego udziału w wydarzeniach realizowanych   
w ramach projektu „FASD i Autyzm: słuchamy, wspieramy, działamy.” Moja zgoda obejmuje w szczególności wykorzystanie mojego wizerunku w celach związanych z informowaniem o projekcie, poprzez jego użycie, rozpowszechnienie, publikowanie, utrwalanie oraz powielanie w notkach prasowych, reklamach prasowych, katalogach, folderach, prezentacjach multimedialnych, stronach internetowych (w tym portale Facebook, YouTube, Instagram), sieciach komputerowych oraz innych środkach komunikacji elektronicznej. Zgoda na wykorzystanie wizerunku nie jest czasowo ani terytorialnie ograniczona, obejmuje terytorium Rzeczpospolitej Polskiej oraz wszelkich innych państw. Zgoda na wykorzystanie wizerunku zostaje udzielona nieodpłatnie. Wizerunek może być użyty do różnego rodzaju form elektronicznego przetwarzania obrazu, kadrowania i kompozycji, bez obowiązku akceptacji produktu końcowego, lecz nie w formach obraźliwych lub ogólnie uznanych za nieetyczne.

………………………………………. ………………………………………...

miejscowość, data podpis

\* Oświadczenie podpisuje **każda** osoba zgłoszona.