Załącznik nr 1 do Komunikatu Organizacyjnego

**Formularz Rekrutacyjny projektu:**

**„Aktywizacja społeczna osób niewidomych i słabowidzących 2025”**

Termin szkolenia (proszę zaznaczyć znakiem X):

|  |  |
| --- | --- |
| 22-28.10.2025 |  |
| 03-09.11.2025 |  |
| 10-16.01.2026 |  |

# Kryteria formalne:(uzupełnij drukowanymi literami)

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko: |  |
| PESEL: |  |
| Adres zamieszkania: |  |
| Kontakt (nr telefon oraz e-mail): |  |
| Stopień niepełnosprawności: |  |

**Oświadczenia**:

1. Pouczony/a o odpowiedzialności karnej oświadczam, że podane wyżej dane są zgodne z prawdą.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach realizacji projektu przez Polski Związek Niewidomych Okręg Warmińsko-Mazurski oraz PFRON (administratorzy danych) zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. Poz. 1781).
3. Oświadczam , iż spełniam warunki kwalifikujące mnie do udziału w projekcie „Aktywizacja społeczna osób niewidomych i słabowidzących 2025” określone w Komunikacie Organizacyjnym i Regulaminie Procesu Rekrutacji i Komisji Rekrutacyjnej, z którym się zapoznałem/am i akceptuję.
4. Oświadczam , że zostałem poinformowany o finansowaniu projektu ze środków PFRON.

**W załączeniu kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.**

………………………………………………….. …………………………………………………………

(MIEJSCOWOŚĆ, DATA) (CZYTELNY PODPIS BENEFICJENTA)