



POWIAT ŚWIECKI

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

ul. Wojska Polskiego 195A, 86-100 Świecie

tel. 52 56 83 200 fax. 52 56 83 201

email: sekretariat@pcpr.csw.pl http://pcpr-swiecie.rbip.mojregion.info



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

**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/lam się (że zostałem/lam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”.

Miejscowość, data

.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)
