**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W SZKOLENIU**

|  |  |
| --- | --- |
| Temat szkolenia: | Szkolenie z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej dla kadry pracowników służb pomocy społecznej |
| Termin szkolenia: | **28 maja 2018 roku , 29 maja 2018 roku** |
| Godziny szkolenia: | **0900 – 1300, 0900 – 1300** |
| Prowadzący: | **Dominik Kołaski** |
| Miejsce szkolenia: | **Sala w Ośrodku Wsparcia w Pleszewie (63-300), ul. Kazimierza Wielkiego 7b** |
| Imię: |  |
| Nazwisko: |  |
| Data urodzenia: |  |
| Nazwa i adres instytucji: |  |
| Stanowisko pracy: |  |
| Telefon kontaktowy: |  |
| Fax: |  |
| E-mail: |  |

Oświadczam iż, deklaruję swój udział w projekcie pn. „Jesteśmy – wspieramy – program aktywizacji osób niepełnosprawnych w powiecie pleszewskim oraz gostyńskim” przewidzianego do realizacji w 2018 roku przez Stowarzyszenie Centrum Rozwoju w Pleszewie na w ramach programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi”.

Jednocześnie oświadczam, że:

* zostałem (-łam) poinformowany (-a) o zasadach udziału w projekcie i zobowiązuje się do aktywnego uczestnictwa w oferowanych formach wsparcia w ramach projektu,
* zostałem (-łam) poinformowany (-a) o warunkach wsparcia w ramach programu i w pełni je akceptuję,
* zostałem (-łam) poinformowany (-a), że projekt jest współfinansowany w ramach programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi”,
* wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych. Dane osobowe i pozostałe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i poinformowano mnie o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
* wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć zawierających wizerunek zarejestrowany podczas szkolenia zorganizowanego w ramach projektu

Przyjmuje do wiadomości, iż:

* 1. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu *„*Jesteśmy – wspieramy – program aktywizacji osób niepełnosprawnych w powiecie pleszewskim oraz gostyńskim*”,* ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach realizowanego projektu
  2. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
  3. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Miejscowość i data |  | Czytelny podpis uczestnika projektu |