

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROGRAMIE „ZA ŻYCIEM”

Ja niżej podpisany

	imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację
--	---

deklaruję chęć przystąpienia mojego dziecka do udziału w rządowym Programie „Za życiem” realizowanym przez Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Gorzowie Wielkopolskim, ul. Czereśniowa 4i, w ramach zadań wiodącego ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego.

### I. Dane dziecka

Nazwisko i imię dziecka: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_

Numer PESEL dziecka: \_\_\_\_\_

Pełny adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

Żłobek/Przedszkole: \_\_\_\_\_

### II. Moje dziecko:

**jest dzieckiem niepełnosprawnym**, posiadającym (zaznaczyć odpowiednie, **dokument załączyć do deklaracji**):

- opinię o wczesnym wspomaganie rozwoju
- orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
- orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
- zaświadczenie lekarskie zgodne z ustawą „Za życiem”
- orzeczenie o niepełnosprawności

**jest dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością** z uwagi na poważne problemy rozwojowe lub zdrowotne (do deklaracji dołączyć dokumentację medyczną, psychologiczno-pedagogiczną uzasadniającą oświadczenie)

W przypadku, gdy dziecko jest objęte zajęciami wczesnego wspomaganie rozwoju proszę wskazać placówkę, która je prowadzi:

- Przedszkole Specjalne nr 34 w Gorzowie Wlkp.
- Miejskie Przedszkole Integracyjne nr 27 w Gorzowie Wlkp.
- Miejskie Przedszkole Integracyjne nr 14 w Gorzowie Wlkp.
- Miejskie Przedszkole Integracyjne nr 9 w Gorzowie Wlkp.
- inna: \_\_\_\_\_

III. Kontakt tel. do rodzica/prawnego opiekuna, składającego deklarację:

\_\_\_\_\_

miejsowość, dnia

podpis rodzica/prawnego opiekuna

## OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

- Zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Programie
- Zostałem poinformowany, iż mój udział w Programie jest bezpłatny oraz uczestniczę w projekcie finansowanym ze środków publicznych.
- Mój udział w Programie jest dobrowolny.

		podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację
--	--	--

Oświadczam, że moje dziecko nie jest objęte zajęciami terapeutycznymi w ramach programu „Za życiem” w innym ośrodku.

		podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację
--	--	--

Świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane podane w Deklaracji uczestnictwa w programie „Za życiem” są zgodne z prawdą.

		podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację
--	--	--

## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzania danych osobowych moich i mojego dziecka w zakresie obejmującym:

- dane osobowe (imię i nazwisko, PESEL, adres),
- dane kontaktowe (adres, nr telefonu, adres mailowy),
- dane dotyczące problemów zdrowotnych i rozwojowych dziecka (kody ICD-10)
- szczegółów dotyczących wsparcia (data rozpoczęcia i zakończenia udziału w programie, rodzaju i zakresu otrzymanego wsparcia, oceny efektywności)

przez Administratora Danych, którym jest Dyrektor Zespołu Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Gorzowie Wielkopolskim.

Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji programu „Za życiem”, w szczególności w celu: ustalenia rodzaju i zakresu wsparcia, monitoringu i ewaluacji wsparcia, kontroli, audytu i sprawozdawczości, potwierdzenia kwalifikowalności wydatków oraz w zakresie niezbędnym, uzasadnionym celem. Wyrażam także zgodę na przekazywanie moich danych innym podmiotom, jeśli zachodzi taka potrzeba w związku z realizacją ww. celów.

*Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s.1*

miejsowość, dnia

Podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego

--	--