

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 Wlkp., ul. Teatralna 23, 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
--	--	--

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 Wlkp.

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 wyżej wymienionych celów.

Rozporządzenie 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.

miejsce, dnia

Podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego

--	--